ANNÉE — N° 16. — 25 AOUT 1904

LA Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 7 1904

PRIX DE L'ABONNEMENT
rance et Colonies. 10 fr.
ranger..... 12 fr.
s 2 éditions (France et Allemagne)..... 18 fr.
s autres pays..... 20 fr.
Le numéro : 50 centimes
ut livre ou mémoire dont il sera nvoyé deux exemplaires sera nalysé.

Publié à PARIS *par les Docteurs*
Jocqs & Darier
43, rue Taitbout. 5, rue Saint Benoît.
ET A
STUTTGART
PAR
LE PROF. KÖNIGSHÖFER et LE PROF. RAEHLMAN

ADMINISTRATION
ET
ABONNEMENTS
9, rue Buffault, PARIS
Annonces : 50 centimes la ligne.
Tout auteur d'un article original aura droit à dix *exemplaires du numéro correspondant.*

YCETOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES, etc. Dose : de 4 à 8 mesures par jour dans un verre d'eau. — Pharmacie VICARIO, 17, Boul[e] Haussmann, PARIS.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

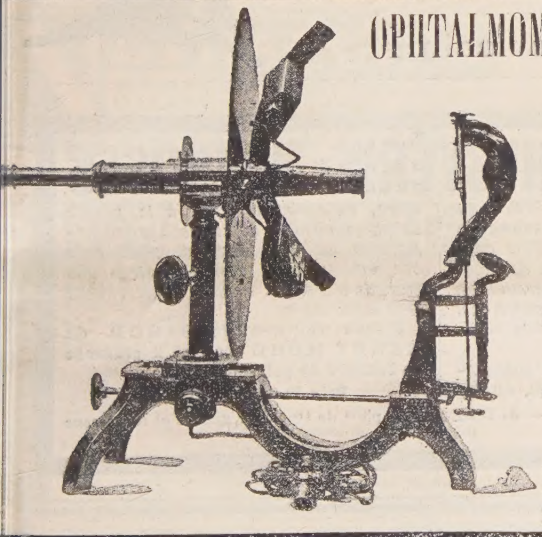
En acons de et de 60 rammes ermés à la ampe.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Dyspepsies. VIN DE CHASSAING, pepsine et diasthase.
Alim. des enf., PHOSPATINE FALLIÈRES.
Constipat. POUDRE LAXATIVE DE VICHY

CAPSULES DARTOIS
LES CAPSULES DARTOIS contiennent chacune 0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE *redistillée* et *titrée* et 0,20 huile de foie de morue. C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES CATARRHES PHTISIE TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français

RÉNALINE FRANÇAISE
(Solution Chlorhydrique au 1/1000)
Le plus puissant des hémostatiques connus
Employée dans les Hôpitaux
Vente en Gros : 11, Rue Payenne — PARIS
SOCIÉTÉ FÉDÉRALE DES PHARMACIENS DE FRANCE



OPHTALMOMÈTRE MEYROWITZ
NOUVEAU MODÈLE
Précision garantie
INDISPENSABLE
A MM. LES OCULISTES
PERIMÈTRES
et Ophtalmoscopes
BOITES DE VERRES D'ESSAI
LUNETTES D'ESSAI
INSTRUMENTS pour OCULISTES
Exécution des ordonnances
E. B. MEYROWITZ
3 rue Scribe, PARIS

FRICTIONS HYDRARGYRIQUES
AMPOULES CHAUMEL
Dosées à 4 grammes de
LANOLINE HYDRARGYRIQUE
Couper le haut de la capsule et en faire sortir le contenu par simple pression.
Échantillon gratis
CHAUMEL, Rue Lafayette, 87, Paris

VASOGÈNES
Dissolvants des produits médicamenteux
Absorption rapide, efficacité remarquable.
IODOSOL (Vasogène iodé à 6 %)
VENTE EN GROS : 11, rue Payenne
Société Fédérale des Pharmaciens de France.

IXIR IODOTANNIQUE
s agréable au goût, le plus stable et le mieux
Le meilleur médicament remplaçant
HUILE DE FOIE DE MORUE
irablement supporté par les Enfants et les éramments les plus délicats. Recommandé e l'Anémie, le Lymphatisme, la Faiblesse congé-, la Goutte, etc. PRIX : 3 fr. 50.

MÉDAILLE D'ARGENT
Exposition Universelle ANVERS 1894
NALINE
Pharmacien de 1re Classe
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
SAINT-DENIS (Seine) FRANCE

COLLYRES ASEPTIQUES
Ampoule stérilisées inaltérables
à la Cocaïne, à l'Ésérine, à l'Atropine
indispensables pour l'asepsie des opérations oculaires. PRIX DE LA BOÎTE : 2 francs.
PANSEMENTS ASEPTIQUES OCULAIRES
stérilisés par la vapeur à haute pression. — 2 boites suffisent pour une opération. LA BOÎTE : 2 fr.

ESCRITS DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX ET CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
DÉPÔT GÉNÉRAL : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS. — DÉTAIL : *Toutes Pharmacies.*

RICINOSE GAUTHIER
Principe actif du Ricin. — Purgatif et laxatif.
Échantillons gratis.
Pharmacie GAUTHIER, rue Beaubourg

VALÉROBROMINE LEGRAND ◇ NARCYL GRÉMY

ARGYROL ou Vitellinate d'argent

préparé par les Drs **A. C. BARNES** et **H. HILLE**

Ce nouveau sel d'argent a remplacé tous les autres dans les principales Cliniques oculaires d'Amérique et d'Europe.

Propriétés chimiques : L'Argyrol contient 30 % d'argent ; il ne coagule pas l'albumine et ne précipite pas les chlorures ; il n'est donc pas caustique. n'est pas décomposé par les sécrétions — il est soluble en toute proportion dans l'eau.

Dr **John E. Weeks** (de New-York) : « A l'infirmerie des maladies des yeux et d'oreilles de New-York, l'Argyrol à 30 % est employé en instillations toutes les 2 heures dans les cas graves d'ophtalmoblennorrhée. Les instillations sont faites moins souvent dans les cas bénins ou au déclin de l'affection. On n'observe aucune irritation, jusqu'ici tout au moins, ni aucune autre complication. L'ophtalmie des nouveau-nés nécessite rarement un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital quand elle est traitée par l'Argyrol.

Nous avons dans l'Argyrol un agent très puissant si ce n'est le plus puissant dans le traitement des conjonctivites purulentes, et le danger pour la vision est à peine à redouter si l'on applique vigoureusement le traitement avec des solutions fortes d'Argyrol.

L'Argyrol a également une grande valeur dans le traitement des dacryocystites ». (*Med. News*, 10 oct. 1903.)

Dr **C. R. Holmes**, de Cincinnati, vice-président de l'Association médicale américaine :

« J'ai trouvé que l'Argyrol était une acquisition précieuse dans le traitement des affections catarrhales de l'œil, du nez et de la gorge. Pour les maladies de la gorge et du nez, je l'emploie à la dose de 5 à 20 % suivant la gravité et la chronicité des cas. Dans les conjonctivites catarrhales les solutions à 2 et 5 % donnent de très bons résultats. Dans la conjonctivite granuleuse les solutions à 20 %, alternant avec d'autres topiques, sont d'un très bon effet.

Mode d'emploi et doses :

Dans la **conjonctivite purulente**, instillations généreuses de solutions à 25 %, toutes les 3 ou 4 h.

Dans les **conjonctivites catarrhales**, on répètera 3 fois par jour les instillations à 5 — 20 %.

Dans la **Dacryocystite**, injections de solutions de 10 à 25 %.

Les **inflammations post-opératoires** (cataracte, etc.) sont prévenues par des instillations à 20 %.

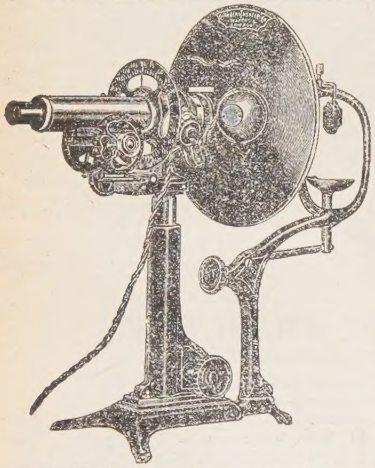
Dans le **trachome**, la solution à 25 % doit être appliquée en frictions sur la conjonctive. L'Argyrol ne colore pas la conjonctive.

Le flacon de 30 gr. : **8 francs.**

DÉPOTS :

Chez **Oswald GIRARD, 45, rue Bonaparte**, et **ROBERTS, 5, rue de la Paix, PARIS**, à la **Pharmacie Centrale de France** et **chez tous les pharmaciens.**

A Londres : chez **TASSET-JONHSON**, 32, Sow-Hnill.



ASTIGMATISME

déterminé et mesuré en 2 minutes avec la plus grande exactitude au moyen de l'Ophtalmomètre

CHAMBERS INSKEEP

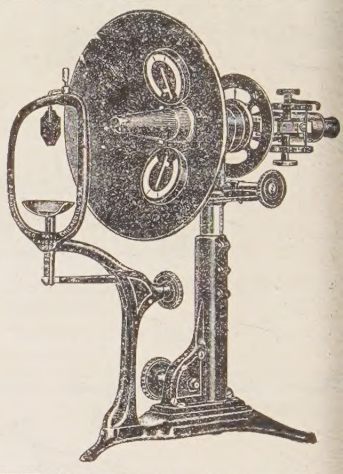
(Représentant pour la France : **C. KOCH**, 6, rue Martel.)

Pour tous renseignements s'adresser à :

J. ARNHOLD, OPTICIEN

PARIS, 13, Rue Auber, 13, PARIS

Grand choix de lunettes et pince-nez Américains



Les VERITABLES EAUX de

VICHY

sont les Sources de l'Etat français

ADMINISTRATION : 8, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

CÉLESTINS. Gravelle, Maladies de la Vessie

GRANDE-GRILLE. Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire.

HOPITAL. Maladies de l'Estomac.

Puisées sous la surveillance d'un Représentant de l'Etat

PASTILLES aux SELS NATURELS

Vendues en boîtes métalliques scellées par la Cie

BOITES : 1 FR., 2 FR. & 5 FR.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Liqueur agréable, de composition bien définie, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus. (*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès*)

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Coliques menstruelles. Fl 5fr et 3fr

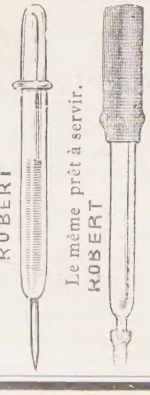
C. BROMÉE et **C. IODÉE** : Neurasthénie, Névroses, Névralgies diathésiques, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.

C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, Tic douloureux de la Face, Sciatique et autres rebelles *à tous traitements antérieurs.* De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 6 fr.

C. QUI... Grippe, Influenza, Coryza Fièvres éruptives : De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.

NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO

E. FOURNIER, 21, R. de St-Pétersbourg, Paris (Phien)



PRODUITS ROBERT STÉRILISÉS

BRÉVETÉS S. G. D. G.

37, rue de Bourgogne, PARIS

COLLYRES ASEPTIQUES

en tubes compte-gouttes scellés de 1 à 5 cc.

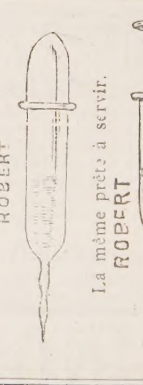
AMPOULES SERINGUES

permettant de faire l'injection sans le secours d'aucun instrument.

POMMADES OCULAIRES en tubes d'étain

Pansements oculaires, Catgut, Soies, etc.

CHLOROFORME OU CHLORAL



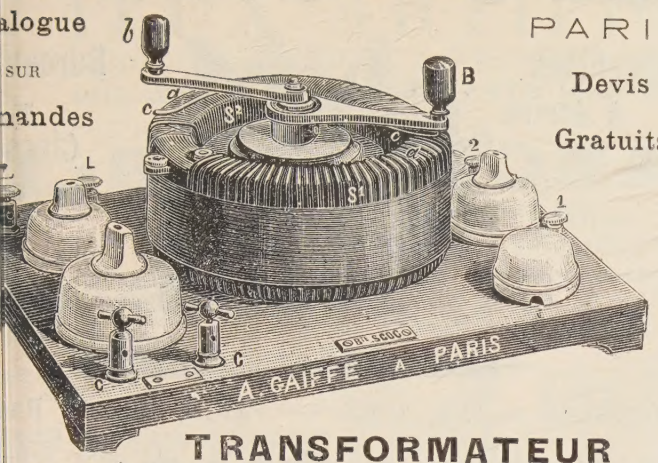
LECTRICITE MEDICALE

CAIFFE, 40, RUE Sᵀ ANDRÉ-DES-ARTS

alogue PARIS

SUR Devis

nandes Gratuits



TRANSFORMATEUR

CAUTÈRE et ÉCLAIRAGE ENDOSCOPIQUE

Optique Médicale

GEOFFROY

Opticien fabricant breveté

Fournisseur des Cliniques et Hôpitaux de Paris

44, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 44, PARIS.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine

PEPTONE CATILLON

en POUDRE, représente 10 fois son poids de viande Pure, inaltérable, agréable dans un grog ou du lait. Aliment des Malades qui ne peuvent digérer. Remplace la viande crue, ... tolérer le régime lacté.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande et 0.40 phosphates par verre à madère. *Rétablit les* ***Forces, Appétit, Digestions.***

PRODUITS SPÉCIAUX D'OCULISTIQUE

de la

PHARMACIE MIALHE

Conjonctivites. — Trachome Granuleux

CUPRICINE MIALHE

CYANURE DE CUIVRE NEUTRE, CHIMIQ. PUR

en SOLUTION — CRAYONS — POMMADE

Hémostatique — Vaso-constricteur

SOLUTION

D'ADRÉNALINE MIALHE

TITRÉE AU 1/1000

Névrite optique, Affections spécifiques, etc.

HYDRARGYRINE PETIT

Ampoules de lanoline hydrargyrique pour frictions, dosées à 0,50, 1 gr., 2 gr. et 4 gr.

Pansement oculaire

TAFFETAS PETIT

ANTISEPTIQUE — ADHÉSIF

Indispensable pour isoler l'œil après les opérations.

Échantillons gratuits aux Docteurs

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI, 8, rue Favart, Paris

Optique Médicale

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

de MM. les médecins oculistes

Jumelles pour théâtres, Courses, Marine

Boîtes de verres, Ophtalmoscopes, Campimètres, etc...

ANDRIEUX

OPTICIEN FABRICANT

Fournisseur des cliniques et hôpitaux

PARIS, 16, rue Soufflot.

NÉVRALGIES

MIGRAINES, NEURASTHÉNIE et toutes MALADIES NERVEUSES. *Guérison* certaine par les PILULES ANTINÉVRALGIQUES du Dr CRONIER

PRIX : 3 fr. LA BOÎTE avec Notice. *Franco poste.*

Dépôt : SCHMITT, Phien, 75, Rue La Boëtie, PARIS. ET TOUTES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER.

SAVONS MOLLARD

MÉDICINAUX

PARIS, 8, Rue des Lombards. USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*..... à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

SAVON *Boraté*..... à 10 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

SAVON au *Thymol*..... à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

SAVON à l'*Ichthyol*... à 10 % de Aᵉ MOLLARD 24ᶠ

SAVON *Borique*..... à 5 % de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

SAVON au *Salol*..... à 5 % de Aᵉ MOLLARD 18ᶠ

SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de Aᵉ MOLLARD 18ᶠ ou 24ᶠ

SAVON *Iodé* (KI — 10 %)..... de Aᵉ MOLLARD 24ᶠ

SAVON *Sulfureux* hygiénique de Aᵉ MOLLARD 12 ou 24ᶠ

SAVON au *Goudron* de Norwège de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

SAVON *Glycérine*..... de Aᵉ MOLLARD 12ᶠ

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

OLÉO-COLLYRES DOLVIN

à 1 % d'Acaloïdes purs dans l'HUILE stérilisée.

Oléo-atropine, Oléo-ésérine, Oléo-Cocaïne, Oléo-pilocarpine.

DOLVIN

RÉNO-COLLYRES MONTI

à 1 % d'Alcaloïdes dans la solution d'ADRÉNALINE à 1/1000

Réno-atropine, Réno-ésérine, Réno-coca ïne Réno-pilocarpine.

MONTI

Rigoureusement stérilisés, les **OLÉO** et **RÉNO** collyres sont livrés en boîtes de six tubes, d'un modèle déposé, transformables en compte-gouttes capillaires donnant des gouttes exactement dosées.

Ampoules stérilisées pour injections hypodermiques et sous conjonctivales

Pommades ophtalmiques DOLVIN indolores et aseptiques :

Oxyde jaune — Aristol — Iodoforme

Les produits DOLVIN et MONTI se trouvent : chez M. MINOT, pharmacien préparateur, à Tours, et chez MM. MONNOT-BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, à Paris ; PIOT-LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix, à Paris.

Thigénol Roche

Oléo-Sulfonate de Sodium

ntenant 10 % de SOUFRE

odore, Insipide, Soluble eau.

es taches de Thigénol sur le linge paraissent par simple lavage eau.

AFFECTIONS PULMONAIRES

Traitées par le

Thiocol Roche

Dérivé succédané de la CRÉOSOTE

Soluble, Inodore, Insipide

2 à 8 gr. par jour.

(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Airol Roche

Succédané de l'IODOFORME

« *Moins toxique que l'Iodoforme, l'Airol a* « *encore sur ce dernier l'avantage d'être inodore* « *et de n'exercer sur la peau aucune action* « *irritante.* » (Dr LEGUEU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.)

« *L'Airol dessèche les plaies et facilite leur* « *cicatrisation d'une façon remarquable ; il est* « *incontestablement préférable à l'Iodoforme sous* « *tous les rapports et surtout parce qu'il n'a pas* « *d'odeur.* » (CRINON, *Nouveaux Remèdes.*)

« *L'Airol a un pouvoir bactéricide égal sinon* « *supérieur à celui de l'Iodoforme.* »

(Prof. FRIEDLANDER.)

CONSTIPATION

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

ALEXANDRE

CASCARA LIQUIDE

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

Elixir laxatif pour agréable à prendre

19, Rue les Mathurins, PARIS

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cᵉ, 7, *Rue Saint-Claude, PARIS* (IIIᵉ).

PROTHÈSE OCULAIRE

Les plus hautes récompenses à toutes les Expositions universelles

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SUR LES

YEUX ARTIFICIELS

Leur adaptation, leur usage et les moyens de se les procurer

Par A.-P. BOISSONNEAU FILS ✻

OCULARISTE

De Facultés et Universités françaises et étrangères, fournisseur des Hôpitaux civils et militaires

28, rue Vignon, PARIS (IXe), de 2 h. à 4 h.

Ancienne rue de la Ferme-des-Mathurins, près la Madeleine

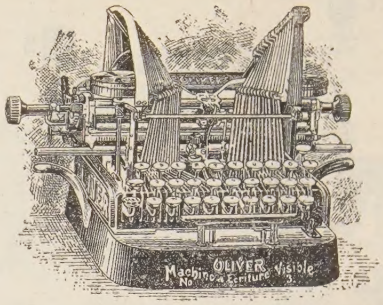
R. COULOMB ✻, Externe des Hôpitaux

SUCCESSEUR

Brochure in-8°, avec 4 gravures sur bois. — Cette brochure est envoyée FRANCO

La Cie "Cosmos

Machines à écrire *de toutes marques* neuves ET d'occasion



Bureaux ET Classe *américa* EN tous gen

LONDRES et NEW-YORK — PARIS, 18, rue Ross

IODOGÉNOL PÉPI

Gouttes titrées

Forme chimique assimilable de l'Iode possé une **plus grande activité** que toutes les autres co naisons et **toujours** parfaitement **tolérée**.

Doit être prescrit dans tous les cas où le médecin administrer iode ou iodures.

Posologie. { enfants : 5 à 20 gouttes. adultes : 20 à 40 gouttes et plus, par j dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE.

PÉPIN et LEBOUCQ, pharmaciens à Falaise (Calvado

LABORATOIRE

DE PRODUITS ORGANIQUES

Du Dr Léon JACQUET, ✻, Ph. de 1re classe

RUE BOILEAU, 269, LYON.

ADRÉNALINE

Solution au 1/1000

En flacon de **3** fr. ou en boîtes de 5 à 10 ampoules.

Collyres Aseptiques indolores

Ampoules compte-gouttes. Prix : **0.50** à **0.60**

1° **Extrait du corps ciliaire** (Formule du Dr Dor), pour Cyclites et Ophtalmies sympathiques.

2° **Suc oculaire** du Dr Darier (corps ciliaire, iris, phoroïde et rétine).

3° **Extrait des Glandes** surrénales pour kératites vasculaires, conjonctivites et épisclérites.

4° **Injections sous-conjonctivales**, acoïne, dionine, euphtalmine, homatropine, cocaïne, atropine, ésérine, cyanure de mercure, chlorure de sodium, etc.

Pastilles d'Adrénaline

Prix : 5 francs la boîte

INJECTIONS HYPODERMIQUES STÉRILISÉES

en ampoules de 0,50 centimes

Caféine, morphine, ergotine, cocaïne, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.

Remise importante à MM. les Docteurs.

Acoïne

rend **absolument INDOLORES LES INJECTIONS SOU CONJONCTIVALES et SOUS-CUTANÉES.** Avec l'**Acoïn** on produit une durée de l'Anesthésie considérablement p longue qu'avec la Cocaïne et autres anesthésiques.

Pour les doses et le mode d'emploi consulter la *Clinique Ophtalmologique* du 25 juin 1899 ou demander la brochure.

Xéroforme

Remplace avantageusement l'iodoforme sans en avoir l'ode Il n'est pas toxique et est éminemment siccatif et désodorisa Il possède une action spécifique dans la guérison des **ULCÈR de la CORNÉE, du CATARRHE PRINTANIER, des ECZ MAS HUMIDES**, etc., etc.

NOTICES ET RENSEIGNEMENTS : **L. BARBERO**

15, place des Vosges, PARIS. Téléphone 113.70

MAISON FONDÉE EN 1879

INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR L'OPTIQUE ET LES MATHÉMATIQUES

Fabrique de **LUNETTES** et de **PINCE-NEZ**

G. SEGUIN

14, Boulevard St-Michel, 14

entre le Boulevard St-Germain et la Fontaine

PARIS

Exécution soignée des Ordonnances de MM. les Oculistes

PRIX MODÉRÉS

YEUX ARTIFICIELS

MODELE NOUVEAU A CHAMBRE ANTÉRIEURE

IRIS A REFLETS CHATOYANTS (MODÈLE DÉPOSÉ)

J.-Bte PADRONA & CIE

OCULARISTES

1, rue Rossini, PARIS 9me

PURGYL PURGATIF IDÉAL

ACTIF, AGRÉABLE - AGIT sans coliques

Pas d'accoutumance par son emploi

Le MEILLEUR ANTISEPTIQUE de l'Intestin

La Boîte : 1f50 - Phie J. KŒHLY, 107, Rue Réaumur, PARIS.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS

MALADIES DE POITRINE

BRONCHITES CHRONIQUES

CATARRHES PULMONAIRES, LARYNGITES

EXTINCTIONS DE VOIX, etc., etc.

Traitement rationnel par le

SIROP Balsamo-Sulfureux LE BRUN

MONOSULFURE DE SODIUM CHIMIQUEMENT PUR

Goudron, Tolu et Alcoolature de Racine d'Aconit

PRIX : 3 fr. DÉPOT : PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubg Montmartre, Paris et Pharmacies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

Effet immédiat, pas de vasoconstriction.

EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boulv St-Martin.

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par 5 gouttes.

Se prennent aux repas dans un peu d'eau. S'administrent également par la voie rectale.

Globules Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par globule.

Tubes stérilisés Clin : pour **Injections hypodermiques.**

5 centigr. de ***Cacodylate de Soude pur*** par Tube.

DOSE MOYENNE : 0 gr. 10 de Cacodylate de Soude par jour, correspondant en Arsenic à 0 gr. 06 d'Acide arsénieux ou à 6 gr. 15 de Liqueur de Fowler.

CLIN & Cie, F. COMAR & Fils (MAISONS RÉUNIES), 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS. 678

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout iodure alcalin.

GOUT AGRÉABLE — ASSIMILATION PARFAITE

Cinq centigr. d'Iode par cuill. à soupe ;
Dix centigr. de Tanin par cuill. à soupe.

INDICATIONS : **Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile.**

DOSES : Adultes, une cuill. à soupe ;
Enfants, une cuill. à café aux repas.

315

CLIN & COMAR, 20, Rue Fossés-St-Jacques, Paris.

ED. HENRY

Ingénieur-Opticien

BREVETÉ S. G. D. G.

15, rue Dauphine, PARIS.

Lunettes - Pince-Nez - Face à main

YEUX ARTIFICIELS

Exécution des ordonnances de MM. les Docteurs-Oculistes.

22, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Maison Ed. LUTZ. — E. FEINBERG, Succr

Opticien-fabricant, Fournisseur des Hôpitaux

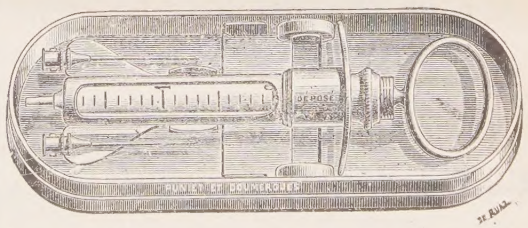
LUNETTES & PINCE-NEZ

Exécution rapide des Ordonnances de MM. les Docteurs Oculistiques.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE OCULAIRE

DOUMERGUES

40, rue de Londres, PARIS



SERINGUES STÉRILISABLES

PISTON INALTÉRABLE

Derniers perfectionnements.

Prix net avec boîte en nickel, chevalet et 2 aiguilles en platine

1 gr....	11 fr. 50	5 gr....	16 fr.
2 —	13 »»	20 —	24 »»

ÉTUVES A DÉSINFECTION

ARSENAL COMPLET POUR OPÉRATIONS

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

Ateliers et Magasins : 113, boulevard Saint-Germain,

PARIS

FABRIQUE

d'instruments de Chirurgie oculaire et générale

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE -- PROTHÈSE OCULAIRE

Fournisseur des Hôpitaux et des principales Cliniques

Catalogue général franco sur demande.

MAISON A. CRÉTÈS

J. CORNET, Successeur

OPTICIEN-FABRICANT

PARIS, 66, RUE DE RENNES (6e arrond.), **PARIS**

EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1889

Médailles d'or

Ophtalmoscopes des Drs DE WECKER, LANDOLT, MASSELON, FOLLIN, MORTON, etc.

Kératoscope enregistreur et **Arc kératoscopique** des Drs DE WECKER, MASSELON.

Périmètres du Dr LANDOLT, du Dr BADAL, du Dr ASCHER.

Aximètre du Dr LEPLAT

Chromatoscope du Dr RIBEIRO DOS SANTOS

Prisme mobile de A. CRÉTÈS, nouvelle division avec angles métriques et angles de déviation par le Dr LANDOLT

Campimètre du Dr DE WECKER

Boîtes de verres d'essai petits et grands modèles, etc., etc.

Sphéromètre et appareils de la Geneva Optical Cie de Chicago

BI-IODURE SOUFFRON KI+H_gI^2 (Ch^t purs)

Maladies cutanées et syphilitiques (Tolérance, Inaltérabilité)

SOLUTION TITRÉE KI (ch^t pur) 1 gr. / H_gI^2 » 0,01 c.

Une cuillerée à soupe contient

L'étiquette *ne porte pas les mots* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc. Peut pénétrer dans les familles sans éveiller aucune suspicion.

VENTE : Phcie SOUFFRON, 58, Rue Miromesnil, PARIS et Phcies.

OPTIQUE MÉDICALE

Maison KERN

L. LAISSUS, SUCCESSEUR

7, RUE DE CHATEAUDUN

PARIS

LUNETTES, PINCE-NEZ

JUMELLES, FACES A MAIN

Exécution rapide des ordonnances de MM. les Docteurs oculistes.

CONGESTIONS, BILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour

HAMAMELINE ROYA

P. Incipe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA par LACHARTRE

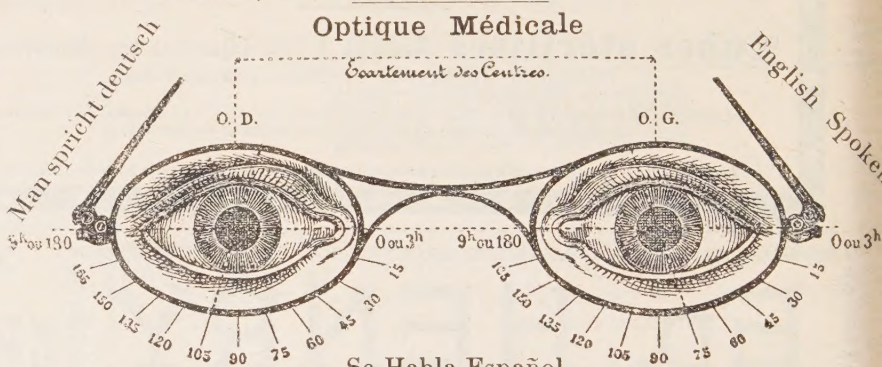
19, R. Mathurins, PARIS.

HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES

MOREAU C., Opticien-Constructeur

PARIS, 16, Rue de Seine, PARIS, 6me.

Optique Médicale



Se Habla Español

EXÉCUTIONS RAPIDES DES ORDONNANCES DE MESSIEURS LES OCULISTES

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phcien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVON DENTIFRICE VIGIER LE MEILLEUR DES ANTISEPTIQUES

NOUVELLE **MÉDICATION IODÉE** intensive

6 cgr. d'Iode combiné au Tannin par cuill. à café

"IODALIA" Granulé iodotannique INALTÉRABLE

TOLÉRANCE TOUJOURS PARFAITE

Toutes les indications de l'Iode

Phcien PELOILLE, 2, Faubourg Saint-Denis, PARIS, et toutes Pharmacies.

Puccioni (Roma). — La citologia dell' umore acqueo nelle affezioni del segmento anteriore del globo oculare.

Grossmann (Liverpool).— *a*) Weitere Untersuchungen ueber Accommodation (mit Projectionen).

— *b*) Zur Operativen Behandlung der Netzhautablösung.

Stanculeano (Bucharest). — Recherches diagnostiques et thérapeutiques dans la kératite parenchymateuse au moyen de la tuberculine T.

Motais (Angers) — *a*) De la transmission de l'ophtalmie sympathique par une voie non indiquée jusqu'ici.

— *b*) De la méthode d'opération du ptosis par la suppléance du m. droit supérieur.

Golesceano (Paris). — *a*) Description d'un appareil destiné aux projections de vapeurs chaudes sur l'œil. Une nouvelle thérapeutique nasale pour le traitement des affections oculaires.

— *b*) Les affections oculaires de l'enfance, ses connexions intimes avec les lésions du nez ou nasopharynx.

Contino (Genova). — Struttura e sviluppo del margine palpebrale.

Speciale Cirinione. — Svileppo della glandula lacrimale nell' uomo.

Uribe troncoso (Mexico). — Recherches expérimentales sur le glaucome et la filtration des liquides albumineux au travers de la chambre antérieure.

Zur Nedden (Bonn) — Das infectiöse Randgeschwür der Hornhaut.

Edmondo Trombetta (Florence). — Contribution clinique et expérimentale à l'action thérapeutique du massage en certaines affections oculaires.

Piero Chiarini (Roma). — Cambiamenti morfologici che si verificano nella retina dei vertibrati per azione della luce e dell oscurita.

H. Manning Fisch M. D. (New Orleans). — A definitely determined Etiological Factor of six cases of Uveitis.

Falchi (Pavia). — Contribuziona alla patologia oculare fetale nella sifilide ereditaria. Con dimostrazioni di disegni e di preparati istologici.

Mazza (Genova). — Exostose éburnée très volumineuse de la cavité orbitaire.

Sattler (Leipzig). — *a*) Zur Wiedereinführung der Iridodesis.

— *b*) Eine neue Behandlungsmethode des pulsirenden Exophthalmus.

Addario (Palermo). — La matrice ciliaire del vitree e della zonula nell' occhio umano adulto dimo sirata collo pro'ezione di numerose diagnostice da preparati microscopici.

Stock (Freiburg). — Beitrag zur Onkologie des Auges mit Demonstrationen).

Uribe y Troncoso (Mexico). — Recherches expérimentales sur la filtration de liquides salins et albumineux à travers la chambre antérieure, et son rôle dans la genèse du glaucome.

Ealigre, Pierre (Buenos-Aires). — Une opération pour l'entropion cicatriciel.

Hermann Becker (Dresden). — Vier Wochen anhaltende lebensgefahrliche Blutung bei Altersstaarausziehung.

Camillo Magnani (Smirna). — Contributo alla terapia della ipotonia oculare.

Hallauer (Basel). — Geschichte der Brille.

Lagleyze (??) Cernato. Opération de l'entropion cicatriciel.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerrannée.

Billets d'aller et retour individuels

La Compagnie délivre du 15 mai au 30 septembre, dans toutes les gares de son réseau, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes, pour les stations thermales.

Validité : 10 jours (non compris les jours de départ et d'arrivée). — Faculté de prolongation. Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets 4 jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Nota : Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre la gare de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

OUATAPLASME DU Dr LANGLEBERT

Cataplasme instantané — Pansement émolient et aseptique. — Précieux dans les blépharites, chalazions, furoncles, etc.

ADRÉNALINE CLIN

se trouve dans toutes les pharmacies

Adrénaline pure en cristaux, tubes de 0 gr. 05.....		4 fr.
Solution d'Adrénaline (chlorhydrate) au 1/1000e, p. fl.		1.5
id.	g. fl.	5 »
Collyre au 1/5000e.....fl.		4 »
Granules d'Adrénaline dosés à 1/4 de milligr.....fl.		4 »
Tubes stéril. pour inject. hypod., 1/2 mg. par cc. b.		6 »
Suppositoires dosés à 1/4 de milligr.....b.		3.5

CLIN et Cie. — F. COMAR et fils et Cie, Paris.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX, INDICATIONS,

MODE D'EMPLOI.

DIONINE **analgésique oculaire profond** provoquant un afflux lymphatique qui active la nutrition de l'œil — accélère la cicatrisation des plaies et la résorption des exsudats. — Collyres à 2 et 5 % dans les **kératites,** le **glaucome**, les **iritis,** etc. (Voir la *Clin. Opht.*, pages : 1, 135, 137, 179, 352, 1902.)

Le bromure de METHYLATROPINE est un précieux **mydriatique** plus faible que l'atropine. A 1/2 % en combinaison avec la cocaïne ou la tropococaïne, il remplace l'**euphtalmine** pour l'examen ophtalmoscopique, et à 1 % il remplace l'**homatropine** pour l'examen de la réfraction après paralysie de l'accommodation. (Voir la *Clin.Opht.*, page 317, 1902.)

L'IODIPINE est un succédané précieux de l'IK, dans toutes les affections scrofuleuses ou syphilitiques. Sans provoquer aucun phénomène d'iodisme, il s'emploie en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales. (Voir la *Clin. Opht.*, pages 4 et 209, 1902.)

LE JÉQUIRITOL est une solution d'abrine permettant un dosage exact, remplaçant avantageusement le jéquirity pour éclaircir les pannus et les leucomes cornéens granuleux ou scrofuleux ainsi que certaines kératites parenchymateuses. (Voir la *Clin. Opht.*, page 341, 1901 ; page 349, 1902 ; page 1, 1903.)

LA TROPACOCAÏNE est un **anesthésique local** proche parent de la cocaïne, mais non toxique à doses thérapeutiques ; elle ne provoque aucun trouble de la cornée, aucune mydriase, aucune élévation de tension, se conserve très bien dans les solutions aqueuses qui sont antiseptiques. Doses : collyres à 1 % dans la solution physiologique. (Voir la *Clin. Opht.*, page 174, 1899.)

PEROXYDE D'HYDROGÈNE MERCK chimiquement pur, antiseptique puissant à 1 et 3 % dans les plaies et les ulcères de la cornée, les dacryocystites, les blépharites, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, page 38, 1903.)

Produits spéciaux pour l'Ophtalmologie :

Largine, pyoctanine, atropine, cocaïne, pilocarpine, etc., à l'état de pureté la plus absolue. Demander échantillons et littérature à

M. Arrou et Salze, 32, rue Saint-Antoine, PARIS

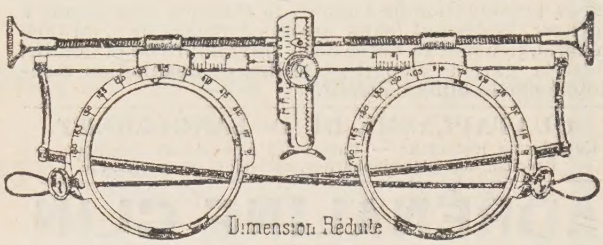
E. Merck

Fabrique de produits chimiques à Darmstadt (Allemagne.

ANÉMIE **LA BOURBOULE** FIÈVRES
MALADIES DE LA PEAU VOIES RESPIRATOIRES

C. MIENNE, opticien-fabricant,
FOURNISSEUR DES CLINIQUES
106, Boulevard Saint-Germain,
en face la Faculté de Médecine, PARIS

Pince-nez correcteurs en tous genres pour l'astigmatisme.



Boîtes de verres complètes pour Messieurs les oculistes

LUNETTES D'ESSAI
PERMETTANT d'OBTENIR INSTANTANÉMENT L'ÉCARTEMENT PUPILLAIRE,
LA HAUTEUR ET LA SAILLIE DU NEZ

LUNETTES PONT-SELLES (modèle du Dr Moissonnier, de Tours), de toutes grandeurs, livrées de suite.

SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE Sur l'Huile de Foie de Morue EFFICACITÉ CERTAINE GOUT AGRÉABLE PAS D'ODEUR

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SIROP ET VIN DE DESPINOY
à l'EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE, simple, ferrugineux et créosoté

ANÉMIE CHLOROSE LYMPHATISME SCROFULE RACHITISME DÉBILITÉ CONVALESCENCES ENGORGEMENTS GANGLIONAIRES ETC. ETC.

DEPOT GÉNÉRAL : 3, rue Turgot, PARIS (9e)
ÉCHANTILLONS GRATIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

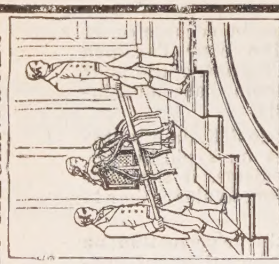
RENINE
SOURCE CÉSAR
EAU MÉDICINALE

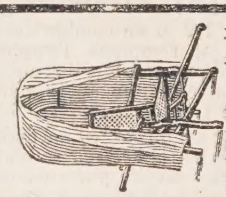
EAU NITRÉE D'ALSACE
Autorisation de l'Etat

DÉPOT GÉNÉRAL
29, Rue des Vinaigriers, 29
PARIS

LA RÉNINE
est d'une efficacité remarquable dans
les Hydropisies
les Affections du cœur et du péricarde
la première période
du Rhumatisme articulaire aigu
les Inflammations de l'appareil génito-urinaire
les Maladies laiteuses
les Affections goutteuses
les Maladies des Reins
les Troubles gastriques
les Affections intestinales
la Gravelle,
la Migraine, etc., etc.
Ses propriétés laxatives en font l'adjuvant très utile d'un grand nombre de traitements

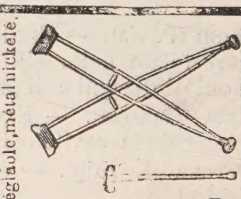
LITS, FAUTEUILS, VOITURES & APPAREILS MÉCANIQUES
Pour Malades et Blessés
DUPONT
FABRICANT BREVETÉ S. G. D. G.
FOURNISSEUR DES HOPITAUX
à PARIS
10, Rue Hautefeuille, 10
PRÈS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.


PORTOIR à pivots mobiles. Equilibre toujours maintenu.


PORTOIR articulé. Hauteur mobile.

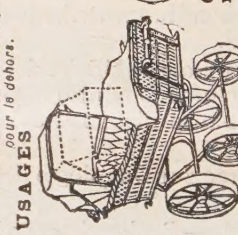
DOSSIER garni. Elévation graduée.

CHARIOT à grandes roues caoutchoutées. Béquilles de hauteur réglable, métal nickelé.

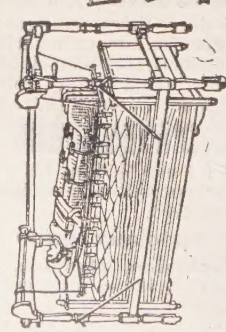

CANNES et BÉQUILLES avec sabots caoutchoutés.

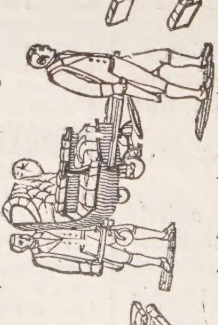
FAUTEUIL ARTICULÉ à grandes roues. Mû par 2 manivelles. Porte-jambes divisé.

Grandes roues mobiles pour le dehors.


VOITURE LONGUE, Roues très larges. Brancard mobile, Capote mobile sur arceaux.

CHAISE à roues et porte-pieds.


LIT MÉCANIQUE avec gouttière, pour fracture ou coxalgie.


Avec brancards pour porter AUTOMOTEUR A TROIS USAGES

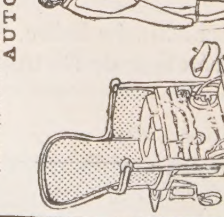
VOITURE LONGUE, Brancards à coulisses. Caisse se séparant du train de roues.

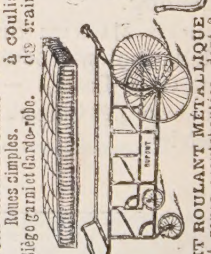
De profil. De face. MATELAS A EAU

FAUTEUIL-VOITURE, roues caoutchoutées, monté sur ressorts, avec capote.

AUTOMOTEUR Inclinaison graduelle. Bras mobiles. Porte-jambes divisé.

Roues simples pour appartements. AUTOMOTEUR

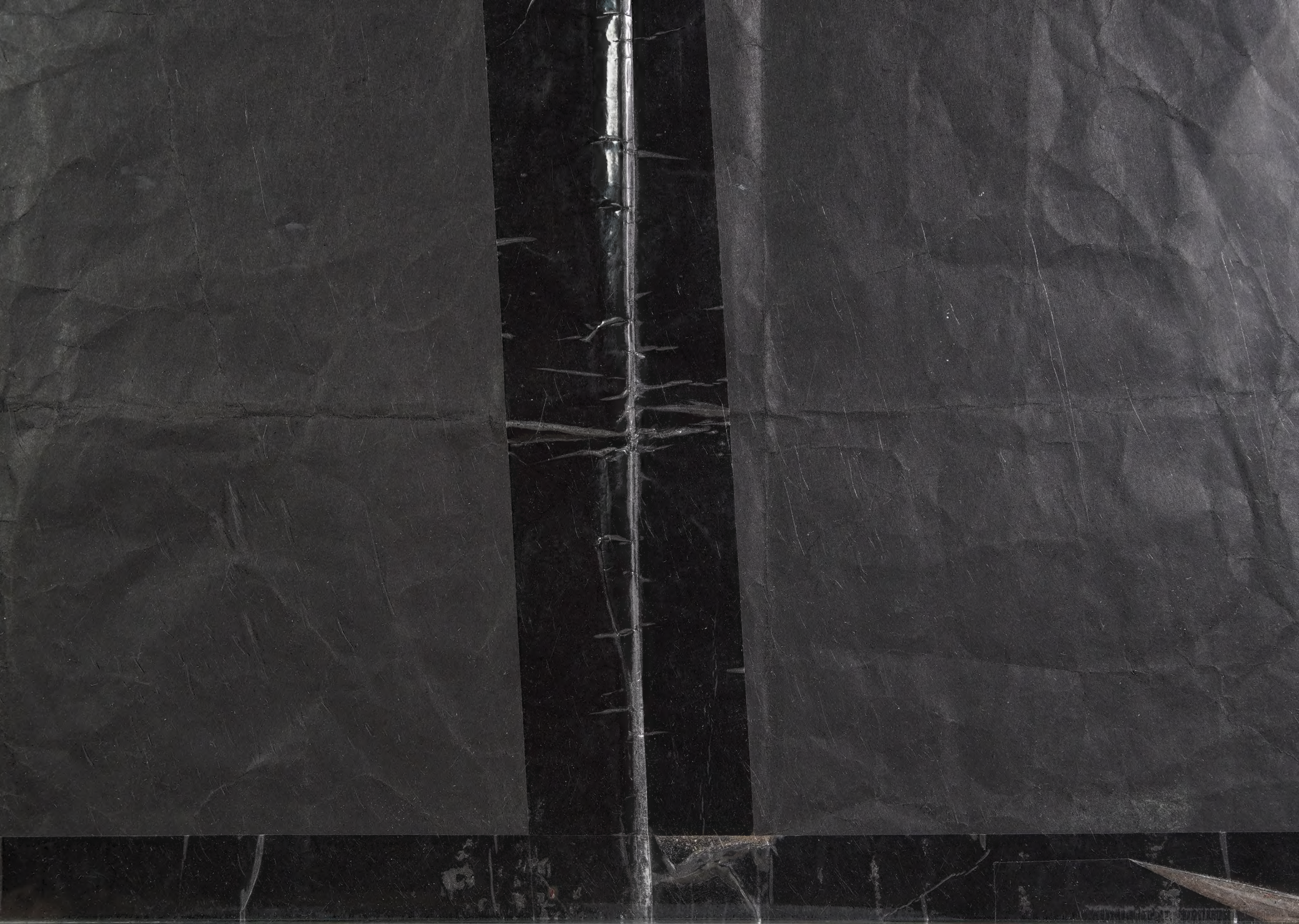

CONFORTABLE Canné à coulisses. Roues simples. Siège garni et tablette-robe.


LIT ROULANT MÉTALLIQUE 4 roues caoutchoutées, dont 2 pivotantes. Matelas crin pur et laine, indépendant.

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix contenant 423 figures.
TÉLÉPHONE 127-84

Le Gérant : R. JOCQS.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.



SOMMAIRE

I. — **Travaux originaux.**

Dr Victor de Britto : Contribution à l'étude de la névrectomie optico-ciliaire..... 267

Dr Augieras : Cas de résorption spontanée du cristallin cataracté..... 271

II. — **Revue thérapeutique.**

Pr Sattler : Principes du traitement de la myopie. 273

M. J. de Vaucleroy : Ulcère cornéen traité par le collargol..... 275

III. — **Sociétés savantes.**

Société de chirurgie.

M. Quénu : A propos de la ligature et de la suture de la carotide primitive..... 276

Société Méd. des hôp. de Paris.

E. Lenoble et E. Aubineau : Volumineuse tumeur rétro-pharyngienne propagée à l'étage sphéno-temporal droit du crâne et au lobe temporal correspondant. Exophtalmie-Ophtalmoplégie complète et paralysie de la Ve paire..... 278

Société de neurologie de Paris.

M. Brissaud et Péchin : De l'hémiplégie oculaire.... 278

IV. — **Bibliographie.**

Professeur Lagleyze : Prothèse oculaire..... 278

Dr Dolcet : Relation clinique d'un cas de plaie pénétrante du globe oculaire..... 279

V. — **Nécrologie.**

VI. — **Informations.**

Xe Congrès international ophtalmologique 279

PROTARGOL

ombinaison de protéine d'argent

Antiseptique chirurgical

Anti-blennorrhagique

Tue sûrement et rapidement les

GONOCOQUES

Ne cause AUCUNE IRRITATION

Résultats remarquables dans les **Affections de la Conjonctive**

ASPIRINE

Nouveau succédané du salicylate de soude

TRAVERSE L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

Exempt de tous effets secondaires désagréables

ACTION CALMANTE REMARQUABLE

Indications : Affections oculaires rhumatismales, goutte, sciatique, pleurésie, etc.

DOSES : 1 gramme trois à quatre fois par jour en cachets, ou dans un peu d'eau sucrée.

SOMATOSE

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Extrait de viande

ntenant 88 0/0 *D'ALBUMOSES*

seule préparation d'albumoses

yant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

Anemie
Convalescence
Débilité, Phtisie
Tuberculose
Affections de l'estomac, etc.

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois Dissoute dans l'eau, lait, bouillon, etc.

SALOPHENE

Rhumatisme articulaire AIGU. — GRIPPE. — SCIATIQUE. — CHORÉE, etc.

4 à 6 grammes par jour (en cachets)

. Toxique à aucune dose.

Antialgique de premier ordre.
Jamais d'effets secondaires.
Supérieur au salicylate de soude.

Action sûre et rapide dans les

Migraines et Névralgies

(1 à 2 grammes)

TOUS CES PRODUITS SONT EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

RÉD. **BAYER et Cie**, 23, rue d'Enghien. — Paris. — Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.

NUCLÉNAL BOUTY

Nucléine Phosphoglycérates

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

LOTION LOUIS DEQUÉANT Contre le Sébumbacille, Madarosis, Calvitie, Pelade, Teigne, Seborrhée, Acne, etc.

En vente chez les Pharmaciens seulement.

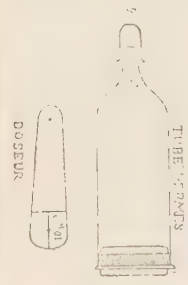
Le **Sebumbacille, microbe** de la **calvitie vulgaire**, a été découvert par M. **Louis DEQUEANT**, pharmacien, 38, rue de Clignancourt, Paris. (Mém... posés à l'Académie de Médecine, 23 mars 1897, 8 mai 1898.) L'extrait de ces Mémoires est adressé gracieusement à tous les médecins qui lui en fero... mande. *Renseignements gratuits et prix de faveur pour tous les membres du corps médical*

FABRIQUE SPÉCIALE de POMMADES OCULAIRES

ASEPTIQUES EN

TUBES HERMÈS

Nom et modèle déposés



1, Pommades à **l'oxyde jaune de Hg.** Les seules indolores au **1/10, 1 20, 1 50.**
2, Pommades au précipité blanc au 1/50.
3, à *l'iodoforme pur, hyrisé* au 1/50.

MODE D'EMPLOI : Enlever la coiffe de verre, pousser le bouchon à l'intérieur du tube pour faire sortir la pommade que l'on n'a qu'à recevoir sur le doseur.

Prix : 2 francs

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : **G. DURAND**, ph. *à Châtel-Censoir (Yonne).*

« Echantillons gratuits à MM. les Oculistes »

AMPOULES
POUR
L'OPHTALMOLOGIE
PAILLARD-DUCATTE

COLLYRES HUILEUX
Atropine, Cocaïne, Eserine, Iodipine, etc.
COLLYRES AQUEUX et **Ampoules Compte-Goutte**
Acoïne, Atropine, Cocaïne, Dionine, Eserine Eucaïne, Pilocarpine, Rénaline, Tropacocaïne
AMPOULES ORDINAIRES et **AMPOULES AUTO-INJECTABLE**
à tous Médicaments pour injections hypodermiques

Laboratoire **PAILLARD-DUCATTE**, Phens, 17, Pl. de la Madeleine, Paris. *Tél. 254-5*

PILULES DE BLANCARD à l'Iodure de F inaltérable.
APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les **Pilules de Blancard** conviennent spécialement dans les affections que détermine la **Cachexie scrofuleuse** (*tum engorgements ganglionnaires, humeurs froides*, etc.) contre lesquelles les simples ferrugineux sont impuissants; dans la **Chlor** la **Leucorrhée**, l'**Aménorrhée.** — Suivant le Professeur Bouchardat, l'iodure de fer est doué d'une efficacité véritable merveilleuse contre les terribles accidents de la **Syphilis constitutionnelle** (*ulcères, exostoses*, etc.)
Ces Pilules rendent aussi de grands services dans le traitement du **Goître**, des **Tumeurs blanches**, du **Rachitisme** l'**Anémie.** — Enfin elles modifient rapidement les constitutions **lymphatiques, faibles** ou **débilitées.**

SIROP DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.
DOSE : Pilules, 2 à 6 par jour. — *Sirop*, 1 à 3 cuillerées par jour. — **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PA

Tous les inconvénients de l'

IODURE de POTASSIUM

supprimés par les

CAPSULES du Docteur AILAINE

à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES :

Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré.

Le flacon de 80 capsules dosées à 0,25 Cg. d'IK : 4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT. — Nous prions MM. les Docteurs de bien vouloir prescrire et exiger " **Capsules du Docteur Ailaine** " et aussi de nous demander échantillons, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprécier les avantages RÉELS que nous indiquons.

Concessionnaire :

Léon DIEU, 54, RUE LAFAYETTE, PARIS.

CURATINE Brunetry MARQUE DÉPOSÉE

SPÉCIFIQUE de l'Elément Doule
CURATIN

Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapi

Efficacité reconnue dans l'**Iritis**, le **Glaucôme**
Névralgies oculaires, rhumatismales ou autres.
Névralgies diverses, Rhumatisme aigu, Lumba
Echantillons sur demande.

DÉPÔT GÉNÉRAL : Pharmacie BRUNET, 34, Rue Saint-Paul, PARIS

Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boîte en carton por en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

Chaque cachet contient un gramme de CURATINE.
DOSES : Un à cinq cachets par jour.

IODALOSE GALBRU

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone
REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vaiss Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Obé

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures.
Cinq gouttes **IODALOSE**, renfermant un Cgr. **Iode physiologique**, agissent comme vingt-cinq Cgr. I
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour **Enfants**; dix à cinquante gouttes pour **Adultes.**
Communication au XIIIe Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie **GALBRUN**, 4, Rue Beaurepaire, PARIS ET TOUTES PHARMACIES

TRAVAUX ORIGINAUX.

I

Contribution à l'étude de la névrectomie optico-ciliaire.

Par le Dr Victor de Britto.

Professeur de clinique des maladies des yeux à la faculté de médecine de Porto-Alegre (Brésil).

Je pense répondre à l'invitation de M. le Dr Boucheron, à la Section d'ophtalmologie du congrès international de 1900, sur les indications de la névrotomie optico-ciliaire, en apportant ma contribution sur cet intéressant chapitre de la chirurgie oculaire.

Depuis longtemps j'étais persuadé que l'opération préconisée en 1876 par cet éminent confrère avait été injustement condamnée à l'ostracisme. On l'a même condamnée avec un peu trop d'empressement, peut-être par ce fait qu'on a prétendu réclamer pour son actif les cas de blessures de l'œil pouvant déterminer l'ophtalmie sympathique, contre lesquels l'accord a été et reste encore, on peut dire, unanime, en faveur de l'énucléation.

Cependant, si on fait le bilan des affections d'un autre groupe, contre lesquelles on n'hésitait pas jadis à pratiquer l'énucléation, soit à titre préventif de l'ophtalmie sympathique, soit pour couper court à de graves souffrances, on n'aura pas de peine à comprendre que la chirurgie oculaire n'a plus le droit de rester fidèle à une intervention éminemment destructive du moment qu'elle est en possession d'un moyen chirurgical, lequel, tout en conservant l'organe, peut, non seulement éliminer les souffrances dont il est l'origine, mais aussi mettre le congénère à l'abri de l'irritation sympathique, d'ailleurs infiniment rare dans de tels cas.

Parmi les affections dont je veux parler, il faut compter les irido-cyclites à rechutes, avec les poussées douloureuses et atrophie plus ou moins prononcée du globe oculaire, avec perte absolue de la fonction, et le glaucome irritatif chronique absolu, à iris atrophié et pupille réfractaire à l'action des myotiques.

Chez les premières, j'ai vu souvent échouer l'iridectomie, dont l'action restait sans effet contre les nouvelles poussées. Quant au second, personne n'ignore qu'il serait illusoire, voire erroné, de vouloir compter sur l'influence de l'iridectomie, impossible d'être réalisée dans un œil glaucomateux, avec atrophie du diaphragme irien à tension très exagérée, à chambre antérieure très réduite et pupille irréductible.

Maintes fois j'ai eu occasion de soigner des malades porteurs des affections sus-mentionnées.

Il s'agit le plus souvent d'agriculteurs, habitant nos colonies allemandes et italiennes, lesquels d'habitude laissent l'affection faire son évolution complète d'un côté, pour ne chercher le spécialiste qu'au moment où ils commencent à se préoccuper de la probabilité d'une transmission sympathique.

C'est alors que de tels patients viennent me chercher, en me priant de les libérer d'un œil qu'ils craignent de voir endommager l'autre, et qui, en outre, de temps en temps ne leur permet pas de vaquer à leurs occupations, à cause des douleurs intolérables dont il est la source.

Dans ces cas-là, contre lesquels je n'hésitais pas autrefois à pratiquer l'énucléation comme la seule ressource indiquée, je me suis décidé depuis quelque temps à employer systématiquement la névrectomie optico-ciliaire.

Mes observations, au nombre de huit, se rapportent à 6 cas, où l'intervention a été réclamée par des irido-cyclites à rechutes, et à 2 cas de glaucome absolu. Six patients ont été opérés dans mon service de l'hôpital en présence des élèves du cours d'ophtalmologie et les deux autres dans ma polyclinique.

La marche et les suites très simples de l'opération chez les 7 premiers malades expliquent le laconisme des observations dont ils sont le sujet, en comparaison avec la dernière dont les péripéties post-opératoires méritent une description plus détaillée.

La névrectomie fut l'intervention choisie, la simple névrotomie ayant été pratiquée seulement chez un des malades. Cette préférence est facilement justifiable. Vraiment, les notions acquises en physiologie expérimentale ne laissent aucun doute sur la régénération des nerfs périphériques, dont les extrémités sectionnées restent très rapprochées. De là vient la nécessité de pratiquer la résection du nerf optique dans une étendue de plusieurs millimètres, et de faire scrupuleusement la toilette du pôle

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

postérieur de l'œil, dans le but d'exciser très largement les nerfs ciliaires postérieurs.

En ce qui concerne la technique, pour mieux réaliser le renversement du globe oculaire et pratiquer à ciel ouvert la résection optico-ciliaire, je me suis bien trouvé de l'emploi d'une pince artérielle courbe, avec laquelle je pinçais le nerf optique, dont j'ai toujours réussi à exciser un morceau de 6 à 10 millimètres. L'adrénaline m'a prêté de réels services contre l'hémorragie, si gênante dans une telle intervention.

Chez deux de mes malades, opérés sans adrénaline, l'hémorragie a été assez abondante et retarda le replacement de l'œil et la suture du muscle. Malgré cela, je n'ai pas observé les fortes exorbitis aiguës douloureuses et rebelles accusées par le Dr Galezowski dans le congrès de 1900 contre la névrectomie.

En sus, comme moyen préventif de ces hémorragies, qui vraiment constituent le seul incident sérieux dans la technique opératoire, le praticien a actuellement à sa disposition non seulement l'adrénaline, mais aussi les ciseaux-pinces de Warlomont, qui ont l'avantage, tout en coupant le nerf optique et les vaisseaux, d'en fixer les bouts postérieurs, évitant ainsi l'écoulement de sang et rendant très simples les deux phases principales de l'opération, c'est-à-dire, la toilette du segment postérieur et le replacement de l'œil dans l'orbite.

Tous mes opérés se sont retirés pleinement satisfaits du résultat obtenu, les douleurs ayant cessé d'une manière absolue. Quelques-uns ont été examinés par moi plusieurs mois après l'opération, et j'ai pu constater que le résultat se maintenait inaltérable. Chez le dernier, il y a à en registrer une lésion trophique de la cornée, dont il continue le traitement.

Quant aux autres, comme je leur ai recommandé de revenir au premier signe d'une nouvelle poussée, pour se faire énucléer, ce à quoi d'ailleurs, ils ont toujours donné la préférence et comme ils ne se sont pas présentés jusqu'à présent, il est plus que probable qu'ils continuent à se porter bien.

En tout cas, mon intention étant de continuer l'étude de cet intéressant sujet, j'aurai le soin d'enregistrer dans des communications ultérieures les suites post-opératoires chez les malades qui reviendront me chercher. Autrement on ne serait autorisé à tirer que des conclusions sur l'effet immédiat d'une opération, à laquelle il faut demander beaucoup plus, comme méthode thérapeutique dans les affections contre lesquelles je l'ai mise en pratique, c'est-à-dire, une action préventive contre les rechutes.

Obs. I. — Marie K..., agricultrice, 26 ans, entre dans mon service de l'hôpital le 29 janvier, 1903. En son enfance, forte inflammation de l'œil gauche suivie de perte de la vision.

Elle n'a plus souffert jusqu'au commencement de 1902, lorsque des douleurs vives et de la rougeur se sont présentées dans le même œil. Depuis lors, elle souffre plus ou moins après des intervalles de repos relatif, les douleurs reviennent toujours intenses.

L'examen actuel révèle un leucome adhérent d'étendue moyenne, avec effacement de la chambre antérieure et un peu d'hypotonie, l'œil est rouge et très sensible au toucher à la région ciliaire. Pas de perception lumineuse. Du côté droit, rien à noter.

Le 31 janvier, la névrectomie est pratiquée sans adrénaline. Hémorragie un peu abondante rendant difficile la reposition du globe oculaire. Réussite au bout d'une quinzaine de minutes. Suture du muscle ; appareil compressif. Comme suite opératoire, un peu d'exophtalmos, qui disparaît au bout de dix jours, et un léger strabisme divergent par insuffisance de la suture musculaire.

Les douleurs sont nulles depuis le lendemain de l'intervention, d'après le dire de la malade. En levant l'appareil le troisième jour, aucune douleur à la pression n'est accusée. Enfin la patiente ne souffre plus depuis l'opération, et prend son *exeat* un mois après, complètement guérie.

Obs. II. — Marie A... C..., 21 ans, domestique, entre le 16 mai 1903. OD : ancienne irido-choroïdite ; plaques de choroïdite chronique disséminées. OG: leucome simple et atrophie partielle du globe oculaire. Douleurs très vives à la pression ciliaire. La malade accuse aussi des douleurs spontanées s'irradiant vers la joue et le front, et me prie de lui enlever l'œil.

Ce n'est pas la première fois qu'elle souffre de l'œil gauche, auquel elle attribue la faiblesse toujours croissante de la vue à droite. Raison de plus pour insister pour que je lui fasse l'énucléation.

La patiente étant une hystérique avérée, il me vient à l'idée la possibilité d'être en pré-

sence d'une de ces multiples manifestations de l'hyperbolisme hystérique, devant ces plaintes incessantes sur les souffrances dont l'œil gauche est responsable, d'après son affirmation insistante.

Je pense alors à un stratagème susceptible d'éclaircir ces doutes et de me sauver de la contingence de pratiquer l'énucléation, que je tâche d'éviter.

Je donne à la malade l'assurance que cette opération sera réalisée, et le 26 mai, après chloroformisation, je pratique la névrectomie optico-ciliaire, sans le moindre incident à signaler.

Depuis le lendemain, la patiente manifeste son entière satisfaction du résultat obtenu. J'en étais bien certaine, me dit-elle ; il fallait enlever cet œil. Trois jours après l'intervention, je lève l'appareil et exerce de fortes pressions sur la région ciliaire, auparavant trop sensible ; pas la moindre douleur n'est accusée.

Le bandeau est définitivement supprimé le dixième jour. La malade se porte à merveille. Le lendemain, après m'avoir dit qu'*elle a son œil là*, que je l'ai mystifiée, elle continua : « Mais, tout de même, je ne souffre plus, l'œil ne me fait plus mal. »

C'était donc certain qu'elle souffrait de son œil, et que l'hystérie ne jouait aucun rôle dans ses plaintes, bien justifiées.

Du reste, elle continue à se porter admirablement bien de l'œil névrectomisé. Le mois de février dernier, comme elle venait me consulter pour une brûlure des paupières gauches par l'acide phénique, j'ai pu me convaincre de l'inaltérabilité du résultat obtenu.

Obs. III. — Emma B..., 25 ans, agricultrice, entre le 18 juin 1903. OD : chorio-rétinite chronique. OG : irido-choroïdite ancienne avec cataracte capsulaire ; légère hypotonie, hyperhémie périkératique ; douleurs spontanées et à la pression sur le globe oculaire ; pas de perception lumineuse. C'est la première rechute.

Névrectomie optico-ciliaire le 24 juin. Opération sans incident à mentionner. Cessation complète des douleurs. La malade resta à l'hôpital jusqu'au 9 novembre en traitement pour son œil droit ; pendant tout ce temps-là elle ne s'est jamais plaint de l'œil opéré.

Obs. IV. — Séraphin R. de S..., 25 ans, agriculteur, entre dans mon service de la polyclinique, le 10 juillet 1903. OD : irido-cyclite traumatique avec atrophie partielle de la cornée et du globe oculaire. Le malade a reçu sur l'œil droit, il y a trois ans, un coup de fouet, qui lui causa de fortes douleurs et la perte absolue de la vision.

Après une trentaine de jours, les douleurs et l'inflammation cessèrent, laissant l'œil mou et diminué de volume. Au bout de quelques mois, voilà que l'œil s'enflamme de nouveau et devient très douloureux, ne permettant pas au patient de vaquer à ses occupations. Pas de traitement spécial. Après de graves souffrances, l'œil rentre en état de calme, interrompu à la fin de plusieurs mois par une nouvelle poussée.

Depuis lors, l'œil est toujours un peu rouge et douloureux, soit spontanément, soit au toucher. Le travail au champ lui est très pénible, la lumière vive exerçant, d'après son avis, une influence nocive sur l'œil sain, qui devient larmoyant.

L'œil gauche ne présente aucune altération suspecte.

Après avoir insisté pour l'énucléation, il accepte l'indication de la névrectomie, prêt à revenir pour se soumettre à la première opération au moindre signe d'une nouvelle poussée.

L'intervention ne court pas sans incident. N'ayant pas employé l'adrénaline, une abondante hémorragie détermine une forte exophtalmie, qui m'oblige d'attendre une bonne demi-heure, jusqu'à ce que l'œil puisse être remis en place.

Appareil compressif. L'exophtalmos diminue peu à peu, et au quinzième jour l'œil est complètement rentré dans l'orbite ; sa mobilité est complète. Il reste seulement un petit degré de déviation divergente. Absence absolue de douleurs, soit spontanées, soit à la pression.

Un mois après l'opération, le malade vient me faire ses adieux. Il exprime son contentement de la réussite de son traitement et me promet encore de revenir, s'il en est besoin.

Obs. V. — Emile de A..., 27 ans, agriculteur, entre dans le service de l'hôpital le 11 juillet 1903.

O G : irido-cyclite chronique avec cataracte capsulo-lenticulaire consécutive. Pas de perception lumineuse. Poussée subaiguë depuis deux mois, globe oculaire sensible au toucher. O D ; un peu de larmoiement et de photo-phobie ; aucune autre altération à noter.

Névrectomie optico-ciliaire. Cessation complète des symptômes douloureux du côté de l'œil gauche. Dix jours après l'intervention, plus de larmoiement et de photophobie de

l'œil droit. Le malade est très satisfait de son état et demande son *exeat*.

Obs. VI. — Marie J..., de S..., 60 ans, domestique, entre le 25 août 1903. O G : glaucome irritatif absolu. Névrectomie. Résultat excellent. Depuis le lendemain, la malade ne souffre plus. Hors la gêne que lui cause le bandeau compressif, rien ne l'incommode, dit-elle. Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le 14 septembre, la patiente se retire dans les meilleures conditions. L'œil est devenu sensiblement moins dur et les douleurs ont complètement disparu. Il reste un peu de congestion péri-cornéenne.

Je l'ai vue deux fois après sa sortie de l'hôpital ; la dernière, trois mois après l'opération : son état était des plus satisfaisants. L'œil avait le tonus à peu près normal, pas de rougeur, et la malade m'affirma qu'elle se trouvait très heureuse du résultat de mon traitement, d'autant plus qu'il y avait longtemps qu'elle souffrait presque sans intermittence.

Obs VII. — Reginaldo B..., 16 ans, agriculteur fut inscrit dans mon registre du service de l'hôpital le 3 septembre 1903, pendant mon absence. Le confrère qui me remplaçait. M. Figueiredo, porta le diagnostic : O D : iritis subaiguë plastique ; O G, irido-cyclite chronique avec poussée aiguë.

On institua un traitement mercuriel et ioduré, des instillations d'atropine et compresses chaudes.

Le 17 novembre, étant de retour, je constate l'état suivant O D : guéri de son iritis avec quelques synéchies; O G, douleurs spontanées, région ciliaire très sensible au toucher, hypotonie ; point de perception lumineuse.

Névrectomie le 18. Réussite complète. Les douleurs, qui accablaient le malade depuis quelques mois, s'en allèrent comme par enchantement. Exeat le 6 décembre.

Obs. VIII. — Hygino L... D..., 56 ans, fonctionnaire de l'État, vient me consulter dans ma polyclinique le 4 décembre 1903, pour son œil droit. Affecté depuis trois ans, cet œil a perdu totalement la vision il y a deux ans.

A l'examen, on se trouve en présence d'un glaucome chronique irritatif absolu à tonus très exagéré.

A gauche, V = 1 1, pupille un peu paresseuse, mais pas dilatée, champ visuel normal.

Je prescris un collyre à l'ésérine. Le lendemain aucun effet du myotique ; la pupille continue à être dilatée et le globe très dur. J'insiste sur l'application du collyre pendant quelques jours, et comme cet état reste inaltérable, je manifeste au malade mon avis sur l'inefficacité presque certaine d'une intervention sur l'œil, et lui donne à choisir entre l'énucléation et la névrectomie optico-ciliaire.

Le malade n'hésitant pas dans le choix, dès que je lui ai donné l'assurance que cette dernière opération allait le libérer des douleurs qui ne l'abandonnaient depuis longtemps, l'intervention est pratiquée le 10 décembre sans incident d'importance majeure. Le malade se trouve satisfait les jours suivants. Le 18, le bandeau est définitivement supprimé. L'œil est hyperhémié, mais point du tout douloureux, soit spontanément, soit au toucher ; le tonus a sensiblement baissé.

Le patient vient me voir tous les jours, me mettant ainsi à même de bien suivre pendant quelque temps les suites de l'opération. La mobilité de l'œil et l'état de la cornée se trouvent normaux. Le 25, je remarque un léger trouble blanchâtre en forme de croissant à la partie inférieure de la cornée, et, en frottant celle-ci de bas en haut avec le bord libre de la paupière, je puis m'assurer qu'il s'agit d'un décollement de la couche épithéliale de la cornée, dans une étendue de quelques millimètres, exactement à la limite inférieure de cette membrane.

C'est la kératite neuro-paralytique, avec laquelle il faut compter dans le nombre des accidents de la névrectomie optico-ciliaire.

Je prends séance tenante une pince à iris et les ciseaux-pinces de Wecker et, après asepsie scrupuleuse, je pratique l'excision de la couche épithéliale décollée. A tout cela le patient reste indifférent, l'œil étant absolument indolore.

Le bandeau contentif est appliqué ; on le lève toutes les 48 heures pour l'inspection de la cornée. Au bout d'une douzaine de jours l'épithélium restauré est entièrement adhérent. On remplace le bandeau par des lunettes bleues.

Cet état persiste durant dix jours, au bout desquels le décollement se reproduit, cette fois-ci un peu plus étendu. Nouvelle excision et bandeau en permanence. Nouvelle restauration épithéliale qui me semble définitive. Quant à son état glaucomateux, le malade se porte très bien, les douleurs s'étant dissipées.

Le 15 mars 1904, comme le patient se plaint de picotement dans l'œil, un examen attentif me fait voir à la partie inféro-interne de la cornée un nouveau soulèvement de l'épithélium.

Convaincu de l'inefficacité des moyens mis

en usage pour empêcher la reproduction de cette altération du côté de la cornée, je me décide à pratiquer la destruction des couches superficielles de cette membrane, dans les limites de la lésion, au moyen du galvanocautère, dans le but de provoquer la formation d'un tissu cicatriciel, lequel, à ce qu'il me semble, mettra le point final à cette situation, que l'on ne doit pas différer davantage.

Le 23, la cautérisation est réalisée et le bandeau réappliqué.

Le bandeau est levé quatre fois par jour, pour faire place aux compresses chaudes, dont chaque application doit être maintenue pendant une demi-heure,

Le 8 avril, la situation a l'air de se rapprocher d'une solution favorable. Un léger leucome occupe la partie cautérisée de la cornée, et l'épithélium semble garder son intégrité dans le restant de cette membrane. On continue les applications antérieures.

Le 18, un nouveau soulèvement de l'épithélium, de très peu d'étendue, se présente à la partie inféro-interne de la cornée. Le traitement n'est pas modifié.

Le 21, on ne voit plus de décollement de la couche épithéliale, et depuis lors la lésion marche, sans de nouvelles interruptions, vers une terminaison favorable.

Le 16 mai, l'état est le suivant : l'œil névrectomisé est un peu atrophié et plus mou que le gauche, dont le tonus est normal ; léger leucome, occupant le cinquième inférieur de la cornée ; faible hyperhémie conjonctivale ; absence absolue de douleurs, symptôme négatif qui, d'ailleurs, resta constant depuis les premiers jours qui suivirent l'opération.

La guérison du syndrome neuro-paralytique me paraissant, alors, définitivement acquise, je supprime tout traitement et prie le malade de venir me voir de temps en temps. Le 13 mai, lorsque je l'ai examiné la dernière fois, l'état antérieur se maintenait sans la moindre altération.

Enfin, pour en finir avec la présente observation, n'oublions pas de dire que le patient se félicite d'avoir associé aux efforts prolongés de l'art une patience jamais diminuée pendant toute la durée du traitement, pour la réussite dont il ne dissimule pas son grand contentement.

Conclusions

A titre de conclusions, il m'est permis d'émettre les propositions suivantes.

La névrectomie optico-ciliaire est une intervention efficace :

a) Contre les rechutes douloureuses des iridocyclites chroniques avec abolition de la vision ;

b) Contre le glaucome irritatif absolu, surtout s'il y a contre-indication pour les opérations classiques, ou si les mêmes ont échoué.

Il est certain que cette opération est susceptible d'insuccès. Néanmoins, cette circonstance n'infirme aucunement sa valeur contre les affections dont je viens de parler. Les progrès de la technique autorisant à pouvoir mieux assurer une bonne conduite de la névrectomie, autrefois si exposée à des accidents ennuyeux, il me semble qu'on doit lui donner la préférence, prêt à agir plus tard, en cas d'insuccès, par l'énucléation, dont les indications, d'ailleurs, deviennent chaque jour plus restreintes.

II

Cas de résorption spontanée du cristallin cataracté.

Par le Dr Augieras (Laval).

La question du traitement de la cataracte par des moyens non chirurgicaux déjà posée dans le passé, puis tombée dans l'oubli, sollicite de nouveau l'attention des oculistes depuis la communication de M. le Professeur Badal à la Société Française d'ophtalmologie (1902) sur le traitement des cataractes commençantes.

Des observations multiples faites par des ophtalmologistes dont la compétence ne fait aucun doute ont démontré que des cristallins cataractés peuvent se résorber et même s'éclaircir et permettre le rétablissement de la vision. Nous ne savons pas d'une façon positive quelles conditions rendent possibles ces guérisons, mais il est probable qu'à mesure que les observations circonstanciées se multiplieront, la détermination de ces conditions deviendra plus facile. C'est pour cela que j'ai cru utile de présenter les deux observations qui suivent.

Résorption d'une cataracte complète.

M. X..., âgé de 64 ans, est venu consulter en juin 1899 pour un iritis de l'œil droit da-

tant de trois semaines. L'affection avait débuté par de l'injection conjonctivale et des douleurs périorbitaires qui durèrent 48 heures et se calmèrent. La rougeur de l'œil diminua. Pendant quelques jours il y eut peu de souffrances. Depuis quinze jours, l'injection conjonctivale et les douleurs sont devenues plus fortes et depuis 2 jours elles ne laissent presque pas de répit. On constate une injection conjonctivale intense ; la pupille est étroite et obstruée par des exsudats ; il existe un hyphéma. Monsieur X... est de tempérament arthritique, il éprouve des douleurs rhumatismales et présente des nodosités articulaires aux doigts et aux orteils. Il est, du reste, robuste et jouit d'une bonne santé générale. Les urines sont normales. Depuis 1899, il va à bicyclette et fait fréquemment des courses, toujours modérées. Il n'a jamais subi aucun traumatisme de l'œil. Il a éprouvé pendant longtemps des douleurs de tête et des obnubilations passagères après avoir appliqué la vue. On diagnostique une iritis rhumatismale. Traitement : Instillation d'atropine, frictions périorbitaires à l'onguent hydrargyrique belladoné ; salicylate de soude, quinine, applications chaudes sur la région orbitaire. Tenir l'œil bandé avec ouate salolée.

Le 9 juin 1899 pas de sang dans la chambre antérieure, pas de douleurs. L'injection conjonctivale a beaucoup diminué : elle est limitée a une légère injection péricornéenne. L'exsudat est en voie de résorption. On constate la cataracte de l'œil droit. La résorption de l'exsudat fut rapidement complète, sauf une synéchie étroite et assez lâche qui persista. Il fut possible d'examiner le cristallin. La lentille présentait un aspect uniformément blanc grisâtre, la cataracte était complète et ne semblait pas en voie de dissolution. On ne constatait pas d'opacités capsulaires.

Les perceptions lumineuses étaient bonnes. L'autre œil était parfaitement sain et ne présentait aucun trouble cristallinien. M. X. était habitué à se servir de ce seul œil et ne désirait pas faire opérer la cataracte de l'œil droit.

Dans le but de favoriser la circulation dans l'œil qui avait été atteint d'iritis rhumatismale et de diminuer la chance de récidives, on conseilla de continuer, après guérison, les applications chaudes matin et soir sur cet œil et de le mettre à l'abri du refroidissement nocturne en le tenant couvert pendant la nuit. Dans le courant de l'année 1900, j'eus l'occasion de voir M. X. qui m'annonçait que son œil droit commençait à voir un peu. Plus tard, j'ai appris de même que la vision était notablement améliorée. Enfin, en mars 1903, M. X. vint consulter pour une autre affection ; j'examinai l'œil droit qui ne présentait aucune trace de traumatisme ni d'opération et je pus constater que la chambre antérieure était profonde et la pupille noire, régulière, de la même dimension que celle de l'autre œil. L'iris réagissait bien à la lumière. Il oscillait nettement pendant les mouvements. On ne voyait plus ni lentille cristallienne, ni noyau. A l'éclairage oblique, on constatait seulement une capsule mince et assez transparente. Avec le miroir plan on voyait une lueur oculaire rouge et on constatait une forte hypermétropie. L'examen ophtalmoscopique montrait le fond de l'œil et la papille sans aucune lésion. Le fond de l'œil était normal. A l'ophtalmomètre de Javal, l'œil droit, œil cataracté, présentait un astigmatisme contraire à la règle de 3 dioptries, l'œil gauche présentait un astigmatisme également contraire à la règle de 2.50 dioptries. Avec 90° 2.50 + 12, D l'acuité visuelle à distance était 0,6. Avec le verre approprié à la vision de près. Monsieur X pouvait lire aisément les caractères ordinaires d'imprimerie.

Si nous envisageons les circonstances qui ont accompagné la résorption de la cataracte de M. X, nous trouvons, au point de vue général : bon état de santé, urines normales, vie active, exercice physique régulier en somme un état de la nutrition favorable aux processus de résorption. Au point de vue local, nous trouvons que la période de résorption a été précédée d'un processus inflammatoire de l'œil cataracté (Iritis rhumatismale aiguë).

Cas d'éclaircissement des cristallins cataractés.

Mlle Z., âgée de 51 ans, est de tempérament arthritique, eczéma, hémorrhoïdes, éruptions prurigineuses. Elle a souffert il y a huit ans de névralgies frontooccipitales très rebelles. Les urines sont normales. Mlle Z. a des habitudes sédentaires et passe de longues heures à faire des travaux des yeux très appliquants. Elle vient consulter en mars se plaignant d'une

baisse sensible de la vision et de la sensation d'un brouillard devant les yeux.

L'acuité visuelle antérieurement égale à l'unité avec O D + 0,75 ; O G + 0,50 sphériques n'était plus que ; O D V = 08 ; O G V = 07.

L'examen pratiqué avec le miroir plan fait constater des stries cristalliniennes rayonnées s'avançant jusque dans l'arc pupillaire et un peu plus accentuées à gauche. La pupille présentait, du reste, un aspect légèrement gris appréciable à la vue et à la lumière du jour. On prescrivit un collyre et des bains d'œillère iodurés tout en prévenant que le trouble des cristallins avait bien des chances d'augmenter avec le temps malgré le traitement. Le 15 octobre 1902, Mlle Z... se présente dans mon cabinet et me demande d'examiner ses yeux en m'annonçant que la vision s'était considérablement améliorée. L'acuité visuelle était en effet revenue à l'unité pour les deux yeux. Les pupilles avaient l'aspect parfaitement noir et les stries cristalliniennes n'étaient plus apparentes à l'examen avec le miroir plan dans l'œil droit, on ne constatait que quelques stries à la périphérie du cristallin gauche. Mlle G. me raconta qu'elle n'avait fait le traitement prescrit que peu de jours et sans changement appréciable de sa vision ; puisqu'elle était partie pour un voyage d'une huitaine de jours pendant lequel elle avait beaucoup marché et mené une vie très active. Un incident de voyage avait modifié profondément son régime. Son porte-monnaie lui avait été volé dans une foule. Il ne lui restait que très peu d'argent et son billet de retour. Etant sans relations dans la ville où elle se trouvait ; elle avait voulu arriver à la fin de son séjour avec les ressources dont elle disposait et s'était contentée pendant plusieurs jours d'une nourriture plus que frugale. En un mot, elle avait fait une véritable « cura famis ». Rentrée chez elle, Mlle Z. avait pris plusieurs bains d'œillère d'une eau qui n'était nullement stérilisée. Elle avait une forte poussée de conjonctivite avec gonflement très marqué des paupières et douleurs assez vives pour empêcher le sommeil pendant 2 nuits. Les jours suivants, elle avait constaté que sa vue s'améliorait beaucoup et arrivait rapidement à l'état que j'avais constaté.

Les circonstances qui ont précédé l'éclaircissement rapide des cristallins de Mlle Z ..., sont, au point de vue de l'état général : le passage d'une vie sédentaire à une période d'activité physique jointe à une réduction pendant plusieurs jours de la ration alimentaire constituant une véritable « cura famis » ; au point de vue local : une poussée de conjonctivite aiguë.

En résumé, les phénomènes qui ont accompagné la résorption intracapsulaire de la cataracte complète du 1er sujet et l'éclaircissement des cristallins atteints de la cataracte au début du second, semblent présenter assez d'analogie pour pouvoir se résumer physiologiquement en deux termes :

1° Accroissement de l'activité de la nutrition générale.

2° Modifications de la nutrition oculaire consécutives à un processus inflammatoire de ces organes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

I

Pr Sattler. — **Principes du traitement de la myopie.** (*Deutsche., Med. Wochenschrift*, 1904-17.)

Ce travail est un véritable exposé historique et critique, bref, mais démonstratif, de la correction totale. — Avant la discussion du congrès de Heidelberg (1901) de Pfalz et Heine, il existait déjà bien des travaux sur la question. Il y a 20 ans que Förster, à Breslau, après de longues années d'observation, annonça la cure de la myopie par les verres totalement correcteurs et le travail à 40 cm.

En 1890, Priestley Smith confirme les idées de Foerster, à la British medical Association, sur les avantages de laisser aux myopes leur accommodation comme aux emmétropes.

En 1892, la Société d'Ophth. d'Amérique, à la suite de Harlan et Jackson, sans connaître les travaux de Förster constate que la correction totale rend très rares les myopies progressives. En 1902, Jackson, à la Société d'Ophth. du Colorado, présente une nouvelle série de cas sans progression, sauf un qui fut atteint d'anémie grave avec hémorragies pendant plusieurs semaines : la myopie s'arrêta lors du rétablissement de l'état général.

A la Société française d'ophtalmologie. L. Dor confirme les travaux de Foerster et la ra-

reté des myopies progressive après correction totale. — En 1902, la Société d'Ophth. de Saint-Pétersbourg ne put se prononcer mais nomma une commission.

Cependant l'accord n'est pas encore complet : les traités et les manuels sont moins convaincus ; même Fuchs, 1903.

Schmidt-Rimpler, 1901, fait la correction incomplète avec la cure d'atropine. Vossius, 1898, prescrit des verres après 4 D., une cure d'atropine de 4 semaines, et l'obscurité. Cohn ne donne pas de verres aux myopies < 2 D; entre 2 D. et 6 D., il ramène le remotum à 50 cm. ; au-delà de 6, les lunettes sont nuisibles quand il y a des complications. De même Fick, Königshofer, Elschnig, Hoor, v. Michel, dans sa 3e édition, admet la correction totale seulement si elle est agréable, parce que la progression de la myopie est ainsi entravée : il insiste surtout sur l'interdiction du travail à moins de 30 cm. — Schwarz est peu fervent et dit « qu'en général, on peut corriger en entier les myopies moyennes ». Hess recommande la correction totale jusqu'à 8 D. et jusqu'à 45 ans. Landolt et Panas font la correction incomplète. G. Berry et Nettleship sont plutôt partisans de la correction totale, avec les restrictions que nécessitent la presbytie, la diminution apparente des images..... Noyes, Duane et Schweinitz prescrivent la correction totale avec succès depuis longtemps et insistent sur celle de l'astigmatisme même léger qui accompagne la myopie.

L'opposition des opinions, comme l'a remarqué un confrère américain, vient de la puissance de la foi dans les autorités, et des préjugés théoriques. Cependant Donders admet qu'il serait désirable de porter les mêmes verres de loin et de près, qu'ainsi la myopie serait moins progressive, et l'insuffisance de convergence trouverait là son meilleur remède. On craint l'influence néfaste de l'acommodation et Javal a prescrit des convexes faibles à des myopes faibles ; mais l'expérience montre chaque jour des gens ayant porté sans prescription des verres trop forts, et ceci sans fâcheux résultat.

Les craintes d'augmentation de tension par l'Acc. sont fausses : Hess et Heine ont montré qu'elle n'existait pas et le tenseur de la choroïde est développé chez des animaux à Acc. restreinte. Forst trouve dans la convergence l'élément nocif de la vision de près : il faut considérer que les droits latéraux ne sont pas seuls en action et que tous les muscles, même obliques, interviennent dans la lecture et l'écriture ; de plus, jouent encore encore un rôle : l'écartement des yeux, la distance de la trochlée au globe, l'indice orbitaire. L'Acc. par pression externe des muscles que Sattler lui-même a publiée est fort peu de chose, et malgré l'accumulation dans le temps, l'effet produit reste minime. De plus, la déformation oculaire myopique est de sens différent de celle du glaucome, puisque l'insertion des droits restant à la même distance du limbe, celle des obliques s'écarte de la papille, ce qui est le contraire du glaucome (juvénile). Les borgnes étant soumis aux mêmes lois d'innervation de convergence et accommodation ne peuvent être considérés ici.

Motais et, avant lui, Donders, ont mis en évidence l'influence de l'hérédité, que l'on trouve si manifeste en Amérique chez les enfants d'origine allemande : il y a cependant pour beaucoup d'oculistes, Landolt, Tscherning, Berry, Stilling, deux sortes de myopies : les M. faibles, pour ainsi dire physiologiques, et les M. malignes, véritables maladies du segment postérieur. La première serait une accommodation de l'œil aux fonctions de la civilisation actuelle (Landolt) et pas plus anormale qu'une taille corporelle plus ou moins élevée (Berry). Il est certain qu'actuellement nous ne savons distinguer d'avance les deux sortes.

Les mesures d'hygiène édictées depuis longtemps ont une valeur considérable, mais le principal est « la *correction permanente par les verres qui neutralisent la myopie* ». Le nombre des résultats qui appuient cette opinion est aujourd hui considérable ; l'insuffisance de convergence se trouve en même temps combattue. Il y a souvent, par l'habitude du travail trop rapproché, un excès de convergence chez les myopes non traités, qui de loin se traduit par une légère exophorie démontrée par le bâton de verre de Maddox, et l'échelle tangente.

L'important est de traiter la myopie dès le début, et de prescrire, avec une correction exacte de la réfraction, celle du déséquilibre musculaire latent. Il faut éviter le clignement dont l'effet compressif est nuisible ; pour obliger le sujet au travail à maintenir la tête droite, les lunettes à volet de Müller sont indiquées.

La correction complète doit être portée jusqu'à 17 ans, chez les filles, dans les myopies moyennes, jusqu'à 25 ans dans les myopies de 10 D. A ce moment, l'habitude est établie et le sujet préfère porter en permanence sa correction totale.

La diminution d'amplitude d'accommodation : celle-ci est pour ainsi dire transposée avec toute sa valeur dans ses nouveaux rapports avec la convergence. Des verres prismatiques et surtout périscopiques remédient aux inconvénients de verres concaves forts. De 12 à 18 D. on peut, pour la lecture diminuer, de 3 à 4 D. le verre porté : la correction totale diminue l'éblouissement du myope fort.

Très spéciale est l'indication de la ténotomie du droit externe dans la divergence latente, avec divergence facultative (mesurée au prisme) considérable : l'intervention doit être prudente et jamais bilatérale d'emblée.

L'auteur expose enfin rapidement les avantages de l'extraction du cristallin transparent qu'il étend jusqu'aux myopies de 13 D : il a constaté une amélioration de l'acuité, parfois une légère augmentation de myopie : l'influence sur la fréquence du décollement est nulle. Il procède en un temps, avec la lance de Weber introduite au niveau du bord pupillaire en mydriase ; l'extraction est presque totale, et la discision n'est pas toujours nécessaire ; le sujet sans pansement, (simple grillage) a eu quelques jours une vision utile. Dr A. Bouchart.

II

M. J. de Vaucleroy. — **Ulcère cornéen traité par le collargol**. Présentation du malade à la Société Médico-Chirurgicale du Brabant. (La *Presse médicale belge*, n° 28, 1904.)

Je vous présente ici un patient du service de M. le professeur Coppez. Il est entré il y a dix jours à l'hôpital Saint-Jean, porteur, à l'œil gauche, d'un vaste ulcère de la cornée avec hypopyon.

L'affection a débuté trois semaines avant l'entrée à la clinique. Le patient, qui exerce le métier de maçon, avait reçu du sable dans l'œil au cours de son travail et c'est probablement en se frottant un peu trop vigoureusement les paupières qu'il aura déterminé de légères ulcérations de l'épithélium cornéen. Il n'a attaché aucune importance à cet état jusqu'au moment où, le voyant prendre une tournure grave, il s'est décidé à venir se faire soigner à notre consultation.

Comment peut-il se faire qu'une lésion aussi minime ait entraîné rapidement un état aussi grave ? C'est que notre patient était atteint, à l'œil lésé, d'une blennorrhée du sac lacrymal. Dans ces conditions, la moindre altération de l'épithélium cornéen constitue un accident grave et entraîne à bref délai des complications septiques.

Le premier devoir de la thérapeutique est alors de tarir cette sécrétion. Mais que de déboires si l'on s'adresse à la méthode des injections antiseptiques dans les voies lacrymales. La muqueuse de ces conduits est à ce point dégénérée que, le plus souvent, le traitement reste vain. Dans le cas qui nous occupe, nous n'hésitâmes pas à avoir recours d'emblée à un procédé plus radical, à l'extirpation du sac lacrymal.

Cette intervention n'a pas encore rallié les suffrages de tous les chirurgiens. Beaucoup s'en montrent encore adversaires et voici les objections qu'ils lui opposent :

1° Elle laisse après elle une cicatrice des plus disgracieuses. Or, Messieurs, vous voyez ici un patient opéré il y a huit jours. Vous vous rendez compte de l'aspect favorable qu'a cette plaie opératoire.

Elle guérit par première intention et nul doute que, dans deux mois, elle ne laisse plus qu'une trace insignifiante. Il nous est souvent arrivé, à la clinique de M. le professeur Coppez, de ne plus retrouver, après un an ou deux, la moindre trace d'intervention chez des patients qui avaient subi cette opération ;

2° Un autre reproche que l'on fait à l'extirpation du sac lacrymal, c'est qu'il laisse à sa suite un larmoiement fort désagréable. Or, Messieurs, je vous dirai que cet état ne se produit qu'exceptionnellement. Le professeur Axenfeld a démontré qu'il existe un rapport entre l'extirpation du sac et la diminution de sécrétion de la glande lacrymale. Nous-mêmes, nous avons presque toujours vérifié cette constatation et dans les cas très rares où les patients sont encore incommodés par les larmes, rien n'est plus simple que de pratiquer l'extirpation de la portion palpébrale de cette glande ;

3° Enfin, on a objecté que l'opération était, dans certains cas, très difficile et que l'hémorrhagie était par trop forte. Il est certain que l'hémorrhagie est parfois considérable que plusieurs aides sont nécessaires ; mais on arrive facilement à bien la réussir et les résultats obtenus sont si satisfaisants qu'il est désirable de voir se généraliser cette intervention.

J'aborde, maintenant, Messieurs, le second point de la communication dont je désirais vous entretenir au sujet du même patient. Il s'agit de l'application que nous avons faite du *collargol* dans le traitement de l'ulcère cornéen et de l'hypopion dont notre malade était porteur.

Le collargol est un corps dont la composition chimique et les propriétés ne sont pas encore très bien connues. Pour les uns, ce serait de l'argent à l'état colloïdal. Pour d'autres, ce serait un corps complexe dérivé de l'acide collargolique. Sa teneur en argent varie suivant la méthode de fabrication.

Il agirait en favorisant la phagocytose ou bien grâce à l'état de division extrême dans lequel se trouve le métal. On prétend encore que son mode d'action est analogue à celui des ferments. Il existe là un inconnu qui ouvre un champ de recherches inexploré.

Dans le cas qui nous occupe, nous nous sommes servis d'une pommade au collargol à 15 p. c. (Unguentum Collargolum Crédé). Nous l'avons employée en frictions une fois par jour, autour de l'orbite, et nous en avons placé, également tous les jours, une petite quantité autour des paupières. Quatre jours après, le pus avait complètement disparu.

Le collargol a d'ailleurs déjà rendu des services dans d'autres circonstances. M. le professeur Coppez l'a utilisé, dans son service, dans des cas où l'opération de la cataracte avait dû être différée à cause du mauvais état des conjonctives. L'application pendant une semaine d'onguent au collargol entre les paupières faisait cesser la sécrétion muco-purulente et l'opération pouvait être faite en toute sécurité.

De même, nous l'avons vue réussir dans le traitement de menaces de panophtalmite et dans un cas de suppuration après une ténotomie.

Telles sont, Messieurs, les quelques remarques que je désirais vous communiquer au sujet de ce médicament nouveau, dont l'application sera intéressante à suivre lorsque son emploi sera plus généralisé.

Discussion. — M. Boulengier estime qu'il pourrait bien y avoir une part d'illusion dans les résultats obtenus au moyen du collargol. Il sera désireux de savoir comment ce corps peut agir ?

M. J. de Vaucleroy affirme en avoir constaté les excellents résultats. Quant à son mode d'action, il est encore inconnu. Peut-être agirait-il de la même façon que l'onguent mercuriel ? Il existe peut être là une action révulsive ?

M. Boulengier accepte cette manière de voir lorsqu'il s'agit de frictions au collargol, mais il ne comprend pas bien l'action du collargol à la surface de la conjonctive.

M. J. de Vaucleroy déclare que cette action existe cependant et d'ailleurs il a obtenu des résultats au moyen de simples badigeonnages de la région avec une solution de collargol. Il faut remarquer aussi que le collargol a été préconisé dans des infections générales, telle que la septicémie.

M. de Rechter, *président*, est d'avis que, dans l'état actuel de la science, il vaut mieux clore cette discussion et attendre que la composition chimique et les propriétés thérapeutiques de ce corps soient mieux connues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin.

M. Quénu. — **A propos de la ligature et de la suture de la carotide primitive.**

M. Quénu. — M. Guinard est dans l'erreur lorsqu'il soutient que la ligature de la carotide ne peut être suivie d'accidents cérébraux immédiats. Je me souviens avoir été appelé à Beaujon auprès d'un malade que l'on venait d'opérer d'un épithélioma buccal récidivé. Il y avait une hémorragie abondante par ulcération de la carotide. Le malade était pâle, mais avait toute sa connaissance. J'ai fait la ligature du vaisseau ; aussitôt que le fil a été serré, le malade est tombé dans le coma et il a peu après succombé.

M. Lejars. — L'opinion que M. Guinard

a émise sur le pronostic de la ligature de la carotide primitive (voir *Bulletin médical*, 1904, p. 592) ayant paru trop exclusive à quelques-uns d'entre nous, j'ai fait quelques recherches à ce sujet et j'ai trouvé un certain nombre de statistiques. Parmi les statistiques récentes, la plus importante date de 1900 et est due à M. Siegrist, de Bâle ; elle comprend 997 faits, dont la plupart sont anciens, mais dont 172, cependant, ont été recueillis de 1881 à 1897. Au point de vue de la mortalité, il est à remarquer que celle-ci va en diminuant d'année en année, puis qu'actuellement elle est tombée à 20,3 % au lieu de 43 % antérieurement à 1880.

Sur les 997 cas publiés, on compte 371 morts qu'il faut ainsi décomposer : 50 % d'entre elles ne peuvent servir à la discussion de la question, car la mort est due à l'infection ou à quelque cause étrangère. 20 % des autres doivent encore être éliminées à cause de l'absence de la relation clinique. Il reste donc 80 morts survenues rapidement après une période de coma, de paralysies ou d'accidents cérébraux, mais, dans la plupart de ces cas, il existait en même temps une complication cardio-vasculaire ou de toute autre nature. Cependant, dans 16 de ces cas, on n'a rien trouvé pour expliquer la mort rapide après la ligature.

Si l'on départage tous les cas de ligature, on constate les résultats suivants : pour l'épilepsie, les affections mentales, 40 guérisons, 41 cas ; pour l'*exophtalmos pulsatile*, 75 guérisons sur 76 cas ; pour les anévrysmes, 171 guérisons, 102 morts et 3 inconnues sur 276 cas ; pour des tumeurs, 58 guérisons, 49 morts, 8 inconnues sur 115 cas ; pour des hémorragies, 145 guérisons, 163 morts, 14 inconnues sur 322 cas.

On voit ainsi que la mortalité, nulle pour ainsi dire dans les premiers groupes, est d'autant plus forte qu'on avance vers les derniers. Comme M. Guinard, je crois la ligature peu dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée sur un sujet sain, indemne de toute lésion artérielle ; mais, est-il toujours possible de se rendre compte de l'intégrité du système artériel cérébral ? Je ne le pense pas et plus d'une fois les lésions cardio-vasculaires nous échapperont. Aussi, si je suis d'accord avec notre collègue au point de vue théorique, pratiquement, je me sépare de lui et je maintiens ma conclusion de la dernière séance, en disant qu'en présence d'une petite plaie de la carotide il vaut mieux tenter une suture que de faire la ligature.

M. Le Dentu. — Dans le groupe des exophtalmos pulsatiles cités par M. Lejars, je demanderai à notre collègue s'il n'y en avait pas de traumatiques. J'ai peu fait de ces ligatures; cependant, j'en ai pratiqué une il y a quelque temps, pour un exophtalmos. J'ai trouvé la carotide allongée et jaunâtre ; néanmoins, je l'ai liée ; immédiatement après, il s'est produit des modifications du côté de la cornée, puis, le lendemain, du coma, de l'hémiplégie, et la mort au bout de trois ou quatre jours.

M. Picqué. — Je rappellerai que j'en ai présenté un exemple, il y a peu de temps, suivi de guérison sans accidents ; mais je ne saurais dire s'il s'agissait d'un exophtalmos traumatique ou spontané.

M. Terrier. — Je n'ai pratiqué que trois fois cette ligature et je n'ai pas eu d'accidents. Je crois qu'il faut avoir grand soin de ne pas prendre, dans la ligature, des filets du grand sympathique. De plus, il y a, pour la genèse des accidents ultérieurs, à tenir compte du siège, en amont ou en aval, des lésions artérielles.

M. Chavasse. — Dans un cas d'origine traumatique, mon malade a présenté une première attaque épileptiforme au moment où je passais le fil sous le vaisseau, et une seconde attaque lors de la ligature.

M. Tuffier. — Chez une malade qui avait un anévrysme de la carotide, j'ai dû lier la carotide primitive et les carotides externe et interne, et il n'y a pas eu d'accident immédiat. L'opérée est morte, quarante jours plus tard, de gangrène pulmonaire.

M. Guinard. — Je répéterai ce que j'ai dit. La ligature est inoffensive, si le système artériel est sain. Il n'en était pas ainsi dans les différents cas de mort ou de paralysie que l'on a cités. Pour les quelques accidents notés après ligature, en cas d'hémorragie abondante, il faut faire intervenir le défaut de pression. (*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

E. Lenoble et E. Aubineau (Brest). — **Volumineuse tumeur rétro - pharyngienne propagée à l'étage sphéno-temporal droit du crâne et au lobe temporal correspondant. Exophtalmie-Ophtalmoplégie complète et paralysie de la V^e^ paire.**

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans chez lequel se développa une exopthalmie droite avec une tumeur progressivement croissante, derrière le maxillaire droit. Il existait une forte albuminurie. Une première intervention permit de se rendre compte que l'orbite ne présentait rien d'anormal. Un ganglion enlevé était histologiquement sain. Peu à peu, et à mesure que la tuméfaction augmentait, une paralysie de la V^e^ paire et une ophtalmoplégie complète s'ajoutèrent à l'exophtalmie. Un examen détaillé du sang ne révèla qu'une hyperleucocytose notable sans myélocytes ni hématies mucléées (29, 450) ; le chiffre des hématies restait élevé (5.549.000). Le sujet succomba à une deuxième intervention.

A l'autopsie, indépendamment de la tumeur rétro-pharyngienne, l'étage sphéno-temporal du crâne était infiltré ainsi que la plus grande partie du bobe temporal correspondant. La compression ou l'envahissement des organes pénétrant l'orbite, au niveau de la fente sphénoïdale explique l'ophtalmoplégie et probablement l'exophtalmie. La conservation de la vision était en rapport avec l'intégrité du canal optique.

Au microscope, il s'agissait d'un *sarcome fuso-cellulaire à petites cellules* ; mais dans la partie superficielle du néoplasme avoisinant la peau, se montrait une infiltration de petites cellules associées en boyaux d'apparence épithéliale qui pouvait faire croire à un épithélioma tubulé. Les organes hématopoiétiques (rate et moelle osseuse) étaient en état d'activité réactionnelle et les auteurs pensent qu'il faut attribuer la prolifération cellulaire à l'irritation déterminée par la tumeur. Ils expliquent l'albuminurie par une propagation probable au plancher du 4^me^ ventricule, sans pouvoir en donner de preuves démonstratives.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS.

Séance du 2 juin 1902.

M. Brissaud et Péchin. — **De l'hémiplégie oculaire.**

Dans l'hémiplégie cérébrale avec déviation dite conjuguée des yeux, il n'y a pas à proprement parler déviation oculaire, mais hémiophtalmoplégie. Il y a *hemiplégie oculaire*, comme il y a hémiplégie de tous les muscles d'un même côté du corps ; la paralysie porte sur les deux yeux parce qu'il y a hémi-paralysie oculaire comme il peut y avoir hémianopsie, le centre moteur comme le centre sensoriel ayant une action simultanée, parallèle et symétrique sur les deux globes oculaires. Dans l'hémiplégie oculaire il y a perte de la fonction dans le regard à droite ou à gauche *seulement* et non dans une autre direction. A la limite extrême de la déviation, la position de l'œil correspond au moindre effort ; le maximum d'effort se traduisant par le mouvement qui amène l'œil jusqu'au méridien sagittal. Arrivé là, l'œil est arrêté, il ne peut franchir cette limite parce qu'il est, comme son congénère, *hémiplégié*. Il y a simplement inaptitude à regarder du côté paralysé, mais pas de déviation.

BIBLIOGRAPHIE

Professeur Lagleyze. — **Prothèse oculaire.** (*Suite et fin.*)

L'auteur passe en revue les différentes substances utilisées par Bourgeois, Valude, Becker, Fages. Il combat l'idée de Venneman, qui pensait que le caillot sanguin, consécutif à l'hémorrhagie de l'énucléation, pouvait s'organiser. Il rapporte les trois cas publiés par Lagrange sur l'inclusion d'un œil de lapin dans la cavité orbitaire ou même d'un œil de cobaye, mentionne les tentatives de Barraquer, de Vélez Daniel. Le professeur Lagleyze a tenté 3 fois, sans succès, l'inclusion dans la capsule de Ténon d'un morceau d'éponge stérilisée.

Le sutures lâchèrent, dans le premier cas, le 15^e^ jour ; dans le second, deux mois après ; dans le troisième, quatre mois après, l'éponge apparaissait à travers l'ouverture. Il fit de nouvelles sutures conjonctivales qui ne tin-

rent pas davantage. Avec des pinces, il tenta l'extraction du corps étranger, mais l'opération fut longue et laborieuse car des bourgeons charnus avaient pénétré dans l'intérieur de l'éponge. D'ailleurs, ceux qui ont l'expérience de la chose affirment que les éponges ne résistent pas longtemps à la réabsorption.

Une étude complète des injections de vaseline d'après le procédé de Gersuny ou de paraffine d'après Eckstein termine ce travail, qui contient en plus le procédé qu'emploie l'auteur pour introduire dans la capsule de Tenon une boule de paraffine de 16 millimètres de diamètre et d'un poids de 134 centigrammes.

Dr DE MICAS.

Dr DOLCET.— **Relation clinique d'un cas de plaie pénétrante du globe oculaire.**

Plaie pénétrante du globe oculaire d'un centimètre et demi de long, légèrement oblique, située dans le tiers externe de la cornée de O G. Bords de la plaie réguliers, arrachement et prolapsus de l'iris, hémorrhagie dans la chambre antérieure, perte du vitré. L'examen démontre l'absence du corps étranger ; excision de la portion d'iris herniée, suture de la plaie scléricotale. La guérison fut rapide, mais la vision qui, au début, permettait de distinguer un individu à 10 mètres, baisse peu à peu et deux mois après elle était nulle.

Dr DE MICAS.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec une vive peine la mort de notre excellent confrère et ami le Dr X. Gorecki, ancien secrétaire général, puis président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Gorecki a laissé parmi nous un souvenir inaffaçable ; il fut un des membres les plus assidus de la Société d'Ophtalmologie et a publié de nombreux travaux. Il rédigea longtemps le journal le *Praticien*. Médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale, il avait été récemment promu chevalier de la Légion d'honneur. Il est mort à l'âge de 59 ans.

INFORMATIONS

Xe Congrès international ophtalmologique.

Lucerne, 13-17 septembre 1903.

Nous sommes heureux de donner, les premiers, le *programme officiel* complet des communications annoncées.

La plupart sont déjà imprimées et parviendront bientôt à tous les membres *inscrits*.

Ce congrès s'annonce comme un très grand succès, aussi engageons-nous nos lecteurs à faire tous leurs efforts pour *s'y rendre*.

PROGRAMME GÉNÉRAL DES TRAVAUX.

1

Discussion des rapports de MM. SULZER, AXENFELD et WÜRDEMANN.

« Fixer au point de vue de l'indemnité la valeur d'un œil perdu ou endommagé. »

2

Discussion des propositions de la Société française d'Ophtalmologie au sujet de la notation de l'acuité visuelle.

3

Discussion des communications scientifiques.

ED. HUMMELSHEIN (Bonn.) Ein Vorschlag zur Einigung über die Meridianbezeichnung bei der Astigmatismus-und Gesichtsfeldaufnahme.

H. KNAPP (New-York). Noch einmal die Symmetrie unseres Augenpaares zur Medianebene des Körpers, im Gegensatz zu der Asymmetrie des Einzelauges, mit besonderer Berücksichtigung der Meridiane,

GOURFEIN (Genève). Le rôle du Bacillus subtilis dans les affections oculaires.

LESLIE BUCHANAN (Glasgow). A Report upon the examination of one thousand eyes.

J. GONIN (Lausanne). Le rôle du corps vitré dans les différentes formes de décollement rétinien. (Avec 6 fig. Planche I).

Mme L. GOURGEIN-WELT (Genève). De la pathogénie du décollement rétinien dans la rétinite albuminurique.

VON HOFFMAM (Baden-Baden). Keilfœrmige Excision eines Schleimhautsückchens. (Pl. II.)

A. TERSON (Paris). Le traitement opératoire de l'ectropion sénile. (Avec 4 fig. dans le texte et 2 fig., Pl. III.)

C. REYMOND (Turin). Appareil simple pouvant servir à la détermination des rapports de l'éclairage avec l'acuité visuelle. (Avec 1 fig. Pl. III et 2 fig. dans le texte.)

STEFANO SANTUCCI (Turin). Un symptôme caractéristique des amblyopies nicotiniques et alcooliques. (Avec 2 fig.)

ETIENNE ROLLET (Lyon). Lymphome de l'épisclère et lymphome bilatéral des glandes lacrymales. (Avec 1 fig.)

ALEXANDER DUANE (New-York). The Evolution of Squint.

E. Emmert (Bern). Wie verhælt sich die durch das Ophtalmometer gefundene Axenstellung zur Axenstellung, welche der Astigmatiker den korrigierenden Cylinderglœsern bei Selbsteinstellung gibt?

E. Emmert (Bern). Ursachen der Kurzsichtigkeit.

L. Dor (Lyon). L'opothérapie orchitique comme moyen d'arrêter la croissance des enfants qui grandissent trop vite et qui présentent, à la suite de cette croissance trop rapide, des symptômes de fatigue oculaire.

Henry Dickson Bruns (New-Orleans). Removal of the lens sin high myopa.

C. Bahr (Mannheim). Ueber Frühoperation nach Staarreifungen.

F. De Lapersonne et Poulard (Paris). De la discission postérieure précoce.

Emilio Vitali (Bari). Capsulotomia e capsulectomia.

A. Bourgeois (Reims). Le traitement des accidents infectieux après l'opération de cataracte.

A. Darier (Paris). Importance de la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales.

Auguste Dufour (Lausanne). Les injections sous-conjonctivales de sublimé.

A. Senn (Wyl). Meine Erfahrungen über Subconjunctivalthérapie.

Emilio Vitali (Bari). Trattamento dell' ipopion.

Arnaldo Angelucci (Palermo). Gli effetti dei topici più comuni nella terapia oculare sopra sostanze diffusibili contenute normalmente o eventualmente nel sangue.

Ch. Abadie (Paris). Variétés peu connues du glaucome. Leur traitement.

E. Emmert (Bern). Zur Behandlung schwerer ekzematoser Hornhauterkrankungen.

H. Herbert (Bombay). A Distinctive Type of Conjunctival Papule. (With 5 fig. on pl. IV and 7 te x fig).

H. Herbert (Bombay). The Chromatophores of the Human Conjunctiva. (With 3 fig. on pl. V.)

J. Herbert Parsons (London). Some anomalies of pigmentation.

Emil. Von Grosz (Budapest). Die Bekampfung des Trachoms in Ungarn.

P. Bajardi (Torino). Ancora sull'esame microscopico dei vasi della congiuntiva nel vivo. (Con la tavola VI.)

Andrea Mazza (Gênes). Un nouveau cas de circulation ou infiltration lymphatique transitoire de la cornée.

E. Houdart (Brest). Ophtalmie septique et hépatite suppurée simultanées chez un malade atteint de diarrhée endémique des pays chauds.

Cl. Harms (Breslau). Zur Frage der Retinitis hæmorrhagica infolge Erkrankung der Arteria centralis retinœ und ihrer Aeste. (Mit 3 Textfiguren).

Constantin (Genève). Un cas de diplopie monoculaire d'origine rétinienne, contribution à la théorie du redressement de l'image rétinienne chez les vertébrés. (Avec 1 fig. dans le texte).

V. Morax (Paris). La nomenclature ophtalmologique.

C. Addario (Palermo). L'involuzione senile del vitreo e della sua matrice ciliare. (Con 14 fig. Pl. VII, VIII, IX).

M. Tscherning (Paris). Le daltonisme. (Avec 5 fig. dans le texte et une planche lithographique. Pl. X.)

A. Meisling (Kopenhagen). Ein Apparat zur Mischung der Farben und Untersuchung von Farbenblinden. Mit 2 Text-figuren).

K. Noiszewski (Dünaburg, Russland). Das Purkinje'sche Phænomen und die Adaptation der Netzhaut.-

Emile Javal (Paris). Evaluation rapide de la perception lumineuse. Photométrie. (Avec 2 fig.)

Ed. Pergens (Mæseyck, Belgique). La lisibilité des caractères d'impression.

Karl Grossmann (Liverpool). Das Sanson-Purkinje Reflexbild der vorderen Linsenkapsel. (Mit 2 Textfiguren.)

E. Treacher Collins (London). On the development of the accommodative Power of the human Lens.

Herman Knapp (New-York). Einige Bemerkungen uber die Abhangigkeit der Akkomodation und Motilitat von der Refraktion, deren Untersuchung uend Behandlung.

Gustaf Ahlstrœm (Gothenburg, Schweden). Ueber die Bewegungsbahnen des Auges. (Mit 1 Textfigur).

Lucien Howe (Buffalo, U. S. A.). On the rapidity of the lateral motions of the eye, especially in pathological conditions. (With 1 Textfigur and 2 figures on Pl. XI.).

M. Sachs (Wien). Ueber labyrinthogene Storungen der Blickbewegung.

J. Herbert Parsons (London). Notes on ophtalmic neurology.

St Bernheimer (Innsbruck). Weitere Untersuchungen zur Kenntnis der Lage des Sphinkterzentrums.

Eugen Wehrli (Frauenfeld). Ueber die mikroskopische Untersuchung eines Falles von Seelen und Rindenblindheit mit Berücksichtigung der Lokalisation der Macula. Dazu Demonstration von Gehirnpraparaten. (Mit 4 Textfiguren.)

M. E. Valude (Paris). Le chlorure d'éthyle en anesthésie générale.

D. Basso (Genova). L'estirpazione del sacco e del canale lagrimale (Pl. XII et XIII.)

Sl Holth (Christiana). Zur Technik der polycromen Hornhaut-Tatowierung.

A. Emrys-Jones (Manchester). A procedure for producing a perfect Stump after the ordinary Enucleation of the Eye.

John E. Weehs (New-York). Description of an operation for providing cul-de-sac for the lodgment of an artificial eye in cases in which the conjunctival sacs have been obliterated from any cause. (With 2 figures in the text and 2 figures on Pl. XIV.)

Fritz Schanz (Dresden). Eine neue Visiervorrichung. (Mit 7 Figuren).

A. Chevallereau et J. Chaillous (Paris). Recherches sur l'étiologie de l'iritis.

Motais (Angers). De la transmission de l'ophtalmie sympathique par la voie veineuse.

A. Polack (Paris). Manifestations du chromatisme de l'œil.

b) Autres communications annoncées.

Best (Giessen). Mikroscopische Eisenreaction (s. dazu gehörige Demonstration).

Elschnig (Wien). — Ueber Glasskœrperablœsung.

Wicherkienricz (Krakau). — *a*) Eine Vereinfachte Staphylom-Operation.

— *b*) Zur Aetiologie und Behandlung des primären Keratokonus

von Siklossy (Budapest). — Ueber die Einheitlichung der Bestimmung der Sehschærfe.

Monoyer (Lyon). — Sur l'unité d'acuité visuelle.

Lindsay-Johnson (London). — Ophtalmoscopic Appearances of the eyes of the Mammals, Reptiles and Amphibia.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS
Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.
Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.